

NESTA EDIÇÃO

**Ciência, Tecnologia
e Inovação**

Conferência reúne
3.500 cientistas para
discutir conquistas
e desafios do setor

'Utopia e barbárie'

Documentário sobre
os acontecimentos
do século 20
inspira sanitarista

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 96 • Agosto de 2010

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis



Mala Direta
Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



Os brasileiros e os serviços de saúde

**Estudo utiliza dados da Pnad/IBGE para
analisar desigualdades e monitorar o
desempenho das políticas do setor**

O documentário *Utopia e Barbárie*, do cineasta Silvio Tendler, é um mergulho na história recente do Brasil e do mundo, do qual o espectador emerge com alguma imunidade contra o risco de perder a esperança e de ver sonhos de igualdade, respeito e justiça desaparecerem assolados pelos acontecimentos do século 20. Lançado em abril de 2010, o filme percorre 15 países e aborda, em depoimentos e imagens colhidos ao longo de 20 anos por Tendler, fatos como o Holocausto e o Al 5, a bomba de Hiroshima e a queda do Muro de Berlim. Nessa revisão dos grandes eventos políticos e econômicos pós-Segunda Guerra, está em discussão o fim das utopias que inspiraram a geração sonhadora e libertária dos anos 1960 e a emergência de novas utopias, sintonizadas com a globalização. *Utopia e Barbárie* conquistou prêmios no Brasil e no exterior, entre eles, o de melhor direção e montagem.

O filme impressionou o sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, cuja trajetória em prol da saúde pública é movida a utopias. Foi a partir dessa inspiração que ele preparou, a pedido de *Radis*, o texto abaixo.

Por uma sociedade radicalmente democrática: utopia?

Gastão Wagner de Sousa Campos*

O que mais me impressionou ao assistir ao documentário *Utopia e Barbárie*, de Silvio Tendler, foi perceber sua alegria, seu orgulho, por haver participado dos movimentos de esquerda que lutaram pela democracia e pelo socialismo na segunda metade do século 20. Um elemento constitutivo de sua história, de sua personalidade, que ele não recusa ou tampouco louva de forma acrílica.


Compartilho o mesmo sentimento ao examinar minha história de vida, ainda que meu nicho principal de militância tenha sido o movimento sanitário.

No filme, vários depoentes relatam o prazer absoluto que foi ser ativista em 1968, ou experimentar a invenção de uma via pacífica para o socialismo no Chile, com Salvador Allende. Referem-se a "catarse coletiva", "orgasmo da história" e a situações "orgásticas". E isto apesar das derrotas, apesar de haverem constatado que dentro de nossas utopias também germinavam formas de barbárie.

A reforma sanitária é parte desse fluxo, é parte da vontade de gente iluminada que ousou pensar um mundo solidário e justo. Nossa utopia, contudo, era mais modesta do que a daqueles revolucionários — utopia concreta (Karel

Kosic, o filósofo obrigado a trabalhar como cozeiro pelos estalinistas). SUS, democracia e saúde para todos. Um projeto que, em larga medida, se realizou. Com o SUS criou-se um espaço existencial onde milhares de pessoas (eu entre elas) construímos sentido para nossas vidas, envolvendo-nos com problemas e afetos para além de nós mesmos e do narcisismo contemporâneo. A reforma sanitária também teve seus momentos de epifania coletiva: a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ainda quando a 10ª, 11ª e 12ª tenham produzido mais tédio, ressentimento e dissensão do que entendimento e energia; o porre democrático da gestão Arouca na Fiocruz; o delírio criativo do povo da saúde de Santos, de Campinas, e de tantos outros municípios, na alvorada do SUS, entre 1989 e 1992. Há um traço, entretanto, que distingue o movimento sanitário de outras iniciativas de caráter espasmódico — ainda quando a contração dure meses ou alguns anos. Criaram-se, no Brasil, movimentos de mudança duradouros, os quais têm permitido prorrogar-se o prazer desfrutado por muitos daqueles que fazem parte de um esforço coletivo de natureza utópica. Refiro-me à possibilidade criada pelo SUS de combinarmos trabalho, sobrevivência, com militância social e política. Quem batalhou para se construir novos paradigmas, novas fronteiras de

conhecimento e de práticas, novas instituições, sabe do que estou falando. Da sensação infável de somar-se à humanidade e ao planeta, e não agoniar-se por dominá-los ou destruí-los. Em saúde mental, DST/aids, atenção primária, humanização, educação e promoção à saúde, pessoas, milhares delas, perseguem a utopia de inventar-se uma nova ordem social, uma nova organização para a humanidade.

No filme de Silvio Tendler, o cineasta Pontecorvo resume o que considero uma descrição da utopia para o terceiro milênio: "Progresso é tudo que reduz o poder de uma pessoa sobre a outra, de um grupo sobre o outro". Essa é a essência do bem-estar; ou melhor, o caminho pelo qual poderemos, ou não, alcançar uma vida menos áspera do que a atual. Amigos, o filme de Silvio Tendler é uma viagem racional e psicodélica pela história. Embarquem nessa, até porque o único efeito colateral será permanecerem reflexivos por alguns dias. 

* Professor titular da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Baixe a publicação em PDF sobre o filme: www.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/ub.pdf

Acesse o site de *Utopia e Barbárie*: www.utopiaebarbarie.com.br

Lentes de aumento

Conhecer múltiplos olhares sobre cada assunto permite escolhas e decisões mais conscientes.

Além de extensa análise do ponto de vista da saúde coletiva sobre dados de pesquisa do IBGE com as famílias brasileiras, esta edição aborda temas diversos em diferentes perspectivas. Dos prejuízos da judicialização excessiva no campo da saúde aos prognósticos otimistas na ciência e inovação no país. Das vantagens na adoção de planejamento e metas para a educação básica aos riscos do assédio da indústria farmacêutica sobre a corporação médica. Para evitar discriminação, a Organização Internacional do Trabalho aprovou norma internacional que protege direitos de portadores de HIV/aids no ambiente do trabalho.

Outra boa notícia é que, para combater a indução ao consumo de alimentos com taxas elevadas de açúcar, gordura saturada, gordura trans e sódio, além de bebidas com baixo teor nutricional, a Anvisa estabeleceu novas regras que regulam a publicidade. Pensando nos lucros a qualquer preço, as associações de indústrias alimentícias e de empresas de rádio e televisão reclamaram. Ao contrário, *Radis* apoia a resolução que foi construída a partir de consulta pública realizada ainda em 2006 e inclui restrições à propaganda de alimentos voltada ao público infantil. Uma regulação leve diante da gravidade dos danos causados à saúde da população pela transição nutricional em curso.

Nossa capa coloca uma lente de aumento no desempenho das políticas de saúde, a partir da interpretação de dados coletados anualmente pelo IBGE na

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). O estudo assinado pelo pesquisador Francisco Viacava, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica ICICT/Fiocruz, mantém a tradição iniciada em nossa antiga revista *Dados* (incorporada juntamente com outras três publicações eventuais pela *Radis* mensal, em 2002).

A análise nos leva à constatação de que o estado geral da saúde da população evolui lentamente, mas o acesso e uso dos serviços de saúde aumentou sensivelmente nos últimos 10 anos, com destaque para as unidades de atenção primária e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Uma melhora no quadro sanitário depende, portanto, de reduzir a persistente desigualdade regional e social no acesso (marcante em relação à saúde bucal, por exemplo, e procedimentos como a mamografia) e aumentar a eficiência dos serviços (incluindo uma melhor atenção farmacêutica).

Cuidadosa interpretação da pesquisa, que tabula respostas também em relação a faixas de renda e idade, permite acompanhamento e planejamento das políticas e ações de saúde, sem eximir a importância de outras políticas públicas que impactem de forma intersectorial os determinantes ambientais e sociais da saúde.

Por fim, diante da barbárie na trajetória humana, viva a utopia de Sílvio Tendler, Gastão Wagner, Sérgio Arouca, David Capistrano Filho e tantos outros.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Por uma sociedade radicalmente democrática: utopia? 2

Editorial

- ♦ Lentes de aumento 3

Cartum

- 3

Cartas

- 4



- Súmula 5

Radis adverte

- 6

Toques da Redação

- 7



4ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação

- ♦ De olho no futuro 8

Pesquisa

- ♦ Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros 12

3º Encontro Nacional de Direito Sanitário

- ♦ Olhares sobre a judicialização 20

Serviço

- 22

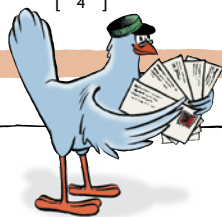


Pós-Tudo

- ♦ Carta de Gramado 23

CARTUM





CARTAS

RADIS TAMBÉM AGRADECE

Gostaria de agradecer todo esse tempo em que vocês me enviaram as revistas com informações e orientações que fazem muita diferença em minha vida como profissional e como ser humano. Muito obrigada por me darem essa oportunidade.

♦ Cristiane Pastor dos Santos, Rio de Janeiro

Venho agradecer à *Radis* por matérias tão interessantes e úteis a nós profissionais da saúde, e por continuar recebendo as revistas. Fiz o meu pedido ainda quando era estagiária de serviço social do Núcleo de Saúde Pública (NUSP/UFPE), por orientação da minha supervisora. Atualmente, trabalho em dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps), no interior do estado, e as matérias da *Radis* têm contribuído para o planejamento dos grupos de cidadania que coordeno. A lei Maria da Penha tem sido tema frequente nesses grupos, e no nº 92 a temática está presente, trazendo as opiniões e justificativas dos que se opõem e dos

que são a favor da sua ampliação, enriquecendo o debate. Parabéns!

♦ Jannine Gomes Oliveira, Arcoverde, PE

MODELO MÉDICO X MODELO SOCIAL

Em relação ao texto *Ética da diversidade na abordagem da deficiência* (*Radis*, 92), o gráfico coloca em confronto o modelo médico x modelo social. Isso nunca existiu no exercício da psiquiatria. Ambos os fatores sempre estiveram nas cogitações pluridisciplinares. Quais dos dois fatores causais são mais ou menos determinantes ou concausas na eclosão dos transtornos mentais? Ambas se entrelaçam e a abordagem do doente deverá inserir esses dois aspectos. Os manufatores do artigo têm visão monocular de rudimentos da psiquiatria clínica. Pesquisando bem, vê-se que nenhum manual de psiquiatria descuida do modelo social na problemática psiquiátrica. Essa visou e visa sempre ao bem estar biopsicossocial daqueles que perderam a mais nobre das funções psíquicas – A RAZÃO. Relacionei uma gama de livros, livretos, artigos etc, que abordam o assunto, e está em fase terminal o livro *Histórico do Centro de Psiquiatria Pedro II (CPPII)*, onde en-

fatizo a importância do fator social na eclosão da doença mental. Felizmente, a *Radis* enfocada termina com artigo de Leonardo Boff.

♦ Angelo Joffre Dias Alves, psiquiatra, Rio de Janeiro

▣ *Caro Angelo, convidamos a Escola de Gente – Comunicação em Inclusão, organização que assina a publicação da qual a Radis (92) extraiu o artigo, para responder-lhe. Segue abaixo:*

“Pessoas com deficiência, sejam ou não pessoas com doença ou transtorno mental, merecem, sempre, ser percebidas sob as lentes de uma abordagem que não as fragmente, concordamos plenamente. O que buscamos apontar em nosso manual é que, na prática, ainda é apenas por conta de um diagnóstico médico que pessoas com deficiência têm essa sua condição confirmada para efeito, por exemplo, da cota no mercado de trabalho, tanto nas empresas quanto em concursos públicos. O quanto caminhamos de verdade?”

Claudia Werneck, jornalista e fundadora da Escola de Gente.

ACESSO À RADIS

Tive acesso à revista *Radis* por um amigo e fiquei bastante interessada, pois trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência em todos os seus aspectos. Por isso, gostaria de saber se seria possível receber doações dessa revista, pois, com certeza, nos ajudaria muito no embasamento teórico do nosso trabalho.

♦ Suely Coelho Pereira, Teresina, PI

▣ *Cara Suely, a Radis é distribuída por assinatura gratuita. Para isso, é preciso acessar o site www.ensp.fiocruz.br/radis, cadastrar-se e aguardar uma oportunidade de ser incluída na lista de assinantes. Nesse meio tempo, você pode acessar todas as edições da revista pela internet, no mesmo site. Recomendamos, em especial, a edição 92, cuja matéria de capa trata da temática da violência. Um abraço.* ▣

EXPEDIENTE



RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 72.000 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Gadelha
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/
Milênio), Adriano De Lavor, Bruno
Dominguez (Milênio) e Lucas Sakalem
(estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subedição/
Milênio) e Natalia Calzavara

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Benigno



Ministério
da Saúde



Secretaria e Administração Onésimo
Gouvêa, Fábio Lucas, Cristiane
Abrantes e Thailanne Siqueira
de Melo (estágio supervisionado)
Informática Osvaldo José Filho

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões
e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119
E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira
também a resenha semanal *Radis na
Rede* e o *Exclusivo para web*, que
complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista
Radis pode ser livremente reproduzido, desde que
acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos
que reproduzirem ou citarem nossas publicações que
enviem exemplar, referências ou URL.

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha nome, endereço e telefone. Por questão de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

AS CAUSAS DAS ENCHENTES

Excesso de chuvas ou rompimento de barragens particulares? Especialistas buscam explicações para as enchentes que assolaram os estados de Pernambuco e Alagoas, na segunda quinzena de junho. Até o início de julho, haviam sido registradas 57 mortes, contabilizando-se ainda 53 mil desabrigados (que ficaram sem casa e estão em abrigos públicos) e 103 mil desalojados (que deixaram, mas não necessariamente perderam suas casas, e podem estar com amigos ou parentes), segundo a Agência Brasil (1º/7). As coordenadorias municipais da Defesa Civil identificaram destruição ou dano em 11.748 casas, 4.334 quilômetros de estradas e 132 pontes.

Para o professor de meteorologia Ricardo Sarmento Tenório, da Universidade Federal de Alagoas, as causas da tragédia estariam em uma espécie de tsunami causado pelo rompimento de barragens privadas situadas na bacia dos rios Canhoto (PE) e Mundaú (PE e AL), de acordo com declaração à revista *Veja* (23/6). “É a única explicação possível”, afirmou Tenório, também coordenador do Sistema de Radar Meteorológico de Alagoas (Sirmal). A hipótese do professor é que algumas das várias barragens espalhadas pela bacia do Mundaú (que ocupa área de 4.102 quilômetros quadrados e atravessa as cidades mais atingidas em Alagoas) ficaram saturadas e se romperam. Segundo Tenório, as chuvas foram fortes, mas não o suficiente para que os rios transbordassem com a violência observada em algumas cidades. Já Alex Gama, secretário de Recursos Hídricos do Estado de Alagoas, não atribui os estragos às barragens. “Existem algumas barragens que seguram 15 milhões de metros cúbicos. Isso não significa nada comparado à quantidade de água que desceu. Foi muita chuva e muita gente morando na beira do rio, por isso o estrago”, declarou à *Veja*, que noticiou, ainda, que as informações oficiais da Secretaria dão conta que entre os dias 16 e 19 de junho choveu 400 milímetros, quantidade esperada para um mês e meio.

De acordo com a Agência Brasil (1º/7), o ministro das Cidades, Marcio Fontes, anunciou que as casas dos municípios atingidos serão reconstruídas por meio do programa Minha Casa, Minha Vida e o Ministério da Saúde liberou (24/6) R\$ 48,7 milhões, a serem utilizados na reconstrução da área física e reposição de

equipamentos de 94 unidades básicas de saúde. O Governo Federal antecipou, ainda, o pagamento de R\$ 45,5 milhões do Programa Bolsa Família aos dois estados e anunciou a liberação de R\$ 100 milhões para ajudar os locais afetados — metade para cada estado.

Por conta das enchentes, problemas de saúde, como leptospirose, diarreias, picadas de animais peçonhentos e problemas respiratórios, começaram a atingir os moradores das regiões.

NOVO LABORATÓRIO NO NORDESTE



A Universidade Federal de Pernambuco receberá do Ministério da Ciência e Tecnologia R\$ 2 milhões para construção de um laboratório que diagnosticará doenças genéticas e infecciosas, entre elas aids, hepatite e lúpus eritematoso, informou o *Jornal do Commercio* (29/6). O convênio foi assinado em 29/6, pelo ministro da Ciência e Tecnologia, Sérgio Rezende, e pelo reitor da UFPE, Amaro Lins. O novo centro de pesquisa, que se chamará Núcleo de Genética de Doenças Complexas e Farmacogenética, também recebeu verba de R\$ 914 mil da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep). Na área de doenças complexas, as pesquisas serão voltadas ao desenvolvimento de plataformas tecnológicas, baseadas em estudos moleculares de doenças com alta incidência na região Nordeste, como diabetes do tipo I e II, hipertensão, lúpus, artrite reumatóide e infecções pelos vírus HIV e HPV. Os recursos liberados serão empregados apenas nas instalações físicas.

SEDENTARISMO ENTRE OS BRASILEIROS

Quase um terço dos adolescentes brasileiros está acima do peso e apenas 48% praticam os 300 minutos de atividade física semanal recomendados pela OMS. A conclusão é de pesquisa realizada pela Universidade Federal de Pelotas (RS), que avaliou 4.325 jovens entre 14 e 15 anos (*Folha de S. Paulo*, 16/6). As causas vão

do hábito de assistir à TV ou usar o computador por tempo demais até a falta de segurança para brincar na rua. Segundo o estudo, 75% dos adolescentes fazem alguma atividade de lazer e 73% caminham ou vão de bicicleta à escola. Ainda assim, as ações juntas não alcançam o mínimo de exercício recomendado. De acordo com um dos autores, o educador físico Samuel Dumith, “os jovens priorizam atividades sedentárias. Eles estão acima do peso e ficam, em média, quatro horas por dia em frente à TV, ao videogame ou ao computador, enquanto se dedicam menos de uma hora por dia para os exercícios”.

Estudo divulgado pelo Ministério da Saúde, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2009, mostrou que, no Brasil, o sedentarismo não se restringe apenas aos jovens, já que apenas 14,7% dos adultos praticam alguma atividade física no tempo livre e com a regularidade necessária. Quanto à alimentação, a mesma pesquisa aponta que o brasileiro tem se alimentado mais de comidas gordurosas ou com alto teor de açúcar, apesar de consumir mais frutas e hortaliças. Dados como esse têm preocupado o ministério, como afirmou o ministro José Gomes Temporão à revista *Carta Capital* (ed. 598, 2/6): “A ideia é trabalhar desde cedo com as crianças, porque é muito mais difícil mudar hábitos da população adulta. Fechamos acordos que estabelecem prazos para a redução da quantidade de gordura, sal e açúcar nos alimentos industrializados, mas mudar a lógica de estímulo ao consumo é tarefa delicada, porque contraria interesses da indústria”. Na mesma entrevista, Temporão declarou que a hipótese levantada por especialistas de que, na próxima década, o Brasil pode atingir os índices de obesidade verificados nos EUA, não é alarmista, e sim real. “Superamos as metas de combate à desnutrição e subnutrição, mas a população está engordando em ritmo acelerado. Até porque aumentou o acesso e o consumo de alimentos. Além disso, o processo de urbanização induziu uma mudança de hábitos. As pessoas passaram a ficar mais tempo confinadas em casa, sem atividade física”.

LIDERANÇA CIENTÍFICA DO BRASIL

A Universidade de São Paulo (USP) é a instituição de ensino superior que mais publicou artigos científicos no

período de 2003 a 2008, entre os países ibero-americanos, de acordo com o *SCImago Institutions Rankings* (SIR) 2010, plataforma de avaliação da atividade de pesquisa. O ranking foi produzido por grupo que reúne pesquisadores de instituições na Espanha, Portugal, Argentina e Chile, sediado na Universidade Espanhola de Granada. A USP produziu 37.952 artigos no período analisado, sendo seguida, no Brasil, pela Universidade Estadual de Campinas, com 14.913 (terceiro lugar no ranking), e à frente da Universidade de Barcelona (14.742). Entre os dez primeiros da lista ainda figuram duas outras instituições de ensino superior brasileiras, a Universidade Estadual Paulista, em sexto lugar, com 12.270 artigos publicados, e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em sétimo, com 12.133. O Brasil apresentou o maior número de universidades avaliadas (109, do total de 607), seguido por Colômbia (89) e Espanha (85). Juntos, os três países englobam quase a metade das instituições no ranking, que incluiu 28 nações. “As universidades mais produtivas se concentram na Espanha e no Brasil. O primeiro tem 43 entre os 100 primeiros colocados do ranking e é seguido pelo Brasil com 27”, disse à Agência Fapesp o diretor de comunicação do SCImago, Borja González, que ainda acrescentou: “O crescimento científico brasileiro é fantástico e está criando uma boa estrutura de pesquisa em todo o país”. As informações são da Agência Fapesp (21/6).

DROGAS ILÍCITAS NA UNIVERSIDADE

Quase a metade dos universitários brasileiros (49%) já experimentou drogas ilícitas, mostrou o 1º Levantamento Nacional sobre Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários, divulgado (23/6) pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). O estudo, que ouviu cerca de 18

mil jovens matriculados em instituições públicas e privadas de ensino superior das 27 capitais brasileiras, indica que 22% dos universitários estão sob o risco de desenvolver dependência de álcool. No caso da maconha, esse percentual é de 8%. Entre os entrevistados, 40% usaram duas ou mais drogas nos últimos 12 meses e 43% disseram já ter feito “uso múltiplo e simultâneo” dessas substâncias. De acordo com o levantamento, há mais casos de uso de drogas ilícitas entre os universitários das regiões Sul e Sudeste, com mais de 35 anos, que estudam em instituições privadas e estão matriculados em cursos da área de humanas no período noturno.

A bebida alcoólica é consumida por 86% dos universitários, sendo de 80% o índice entre os menores de 18 anos. Já os fumantes chegam a 22%. Além disso, 18% dos jovens já dirigiram sob efeito de bebida e 27% pegaram carona com um motorista embriagado. O estudo ressalta que a prevalência do uso de álcool, tabaco e drogas entre os universitários brasileiros é semelhante à verificada entre os jovens dos Estados Unidos, sendo que entre os norte-americanos, predomina o uso da maconha; no Brasil, o percentual de universitários que declararam usar inalantes é superior ao daquele país (Agência Brasil, 23/6).

METAS DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Dos 5.404 municípios avaliados pelo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), 84,9% atingiram as metas estabelecidas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) no ano passado, levando em conta as séries iniciais do ensino fundamental das escolas da rede pública (Agência Brasil, 5/7). A pesquisa, criada pelo Ministério da Educação (MEC), em 2005, e calculada a cada dois anos, analisa dois fatores para medir a qualidade do ensino público no país: rendimento escolar e médias de desempenho na Prova Brasil. Os dados divulgados (5/7) pelo MEC este ano mostram que, em 2009, 50,2% das cidades ficaram acima da média nacional – de 4,6 pontos, em escala de 0 a 10. Dos 11 municípios com as piores notas da 1ª à 4ª série, seis estão na Bahia, duas no Piauí, duas na Paraíba e uma no Pará, sendo a pior média na cidade de Apuarema, na Bahia – 0,5. Da 5ª à 8ª série, as piores notas foram registradas em cinco cidades da Bahia, três do Rio Grande do Norte, duas de Alagoas, uma da Paraíba, uma do Maranhão e uma de Sergipe. Segundo a pesquisa, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Rio de Janeiro

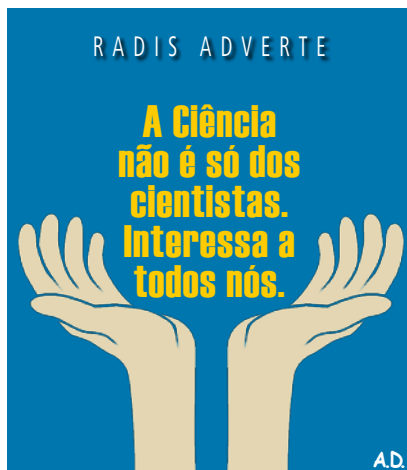
concentram os 20 municípios com as melhores notas no ensino fundamental, informou o G1 (5/7). No ensino médio, Roraima, Piauí, Sergipe, Espírito Santo e Rio de Janeiro tiveram notas abaixo das metas estipuladas para 2009. Já os outros estados conseguiram atingir ou superar a média. Para o presidente executivo do movimento Todos pela Educação, Mozart Neves Ramos, o avanço de apenas 0,1 ponto no Ideb registrado no ensino médio é “preocupante” – de 3,5 em 2007, subiu para 3,6 em 2009. “As boas notas do ensino fundamental não se perpetuam no ensino médio. Isso coloca um desafio para os próximos governadores. Eles têm que focar, principalmente, na valorização dos professores e na reformulação do currículo, que precisa ficar mais atraente”, disse ele ao G1 (1º/7).

FALTA DE PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM EDUCAÇÃO

Dos 5.565 municípios brasileiros, 2.427 (44%) não têm seu plano municipal de Educação, segundo a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do IBGE, informou o *Estado de S. Paulo* (21/6). De acordo com o jornal, “os planos municipais, estaduais e federal são considerados essenciais para efetivar e acompanhar políticas em todas as áreas da administração pública. Eles podem ser elaborados por consultorias, pelas secretarias ou com a colaboração da sociedade”. De acordo com especialistas, o maior problema causado pela ausência do plano municipal é a descontinuidade dos projetos em médio e longo prazos – sem metas bem definidas, a cada troca de governo, rompe-se com o projeto do mandato anterior.

DIREITOS DO TRABALHADOR COM HIV

Trabalhadores com vírus HIV têm um instrumento internacional de garantia de seus direitos – a Norma Internacional de Trabalho sobre HIV/AIDS, adotada (17/6) durante a Conferência Internacional do Trabalho, realizada pela OIT, em Genebra (Suíça), informou o site *Adital* (25/6). Fruto de dois anos de intenso debate e construído com votação de 439 a 4 e 11 abstenções, é o primeiro instrumento internacional de direitos humanos voltado especificamente a esse tema no mundo do trabalho. A norma contém disposições sobre programas de prevenção que podem salvar a vida de pessoas e sobre medidas antidiscriminatórias tanto dentro, quanto fora do ambiente de trabalho. As orientações também destacam a importância do emprego e



toques da redação



TROCA DE BENESSES — O Conselho Federal de Medicina (CFM) discute acordo com a indústria farmacêutica para proibir que laboratórios patrocinem eventos médicos e financiem a participação dos profissionais, com hospedagem e passagem pagas. Estudos mostram que, ao oferecerem favores, determinadas indústrias obtêm vantagens na prescrição de seus medicamentos pelos médicos. A medida acabaria com a troca dessas benesses, informou a *Folha de São Paulo* (1/6). Um dos pontos do protocolo, que deve ser assinado até o fim do ano, é que somente profissionais convidados a dar palestras ou ministrar cursos tenham despesas pagas. E, mesmo assim, os demais participantes deverão ser informados de que o palestrante está sendo bancado por um laboratório. De acordo

com o presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila, as ofertas da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos são recorrentes e que ele mesmo já observou "práticas agressivas" de marketing, ainda que não tenha tido qualquer denúncia na entidade. A proposta, informa a *Folha*, foi inspirada em modelo que vigora há 11 anos em Portugal e está sendo costurada pelo CFM com a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma). Para Roberto D'Ávila, a restrição a viagens é um caminho sem volta. Se não houver acordo com a indústria, ela virá em forma de resolução. A ideia não seria fechar as portas à indústria, mas criar regras transparentes. "A indústria pode ajudar de maneira genérica, dando, por exemplo, um subsídio para a comissão científica do evento. Com isso, a inscrição custaria a metade".

PAULO BUSS NA OMS — O ex-presidente da Fiocruz Paulo Buss, atual representante do Brasil no Comitê Executivo da Organização Mundial da Saúde, foi eleito (23/5), em Genebra (Suíça), vice-presidente do órgão, até maio de 2011. Buss afirmou que

"esta designação confirma a forte presença e legitimidade do Brasil no cenário mundial da saúde". O sanitarista ressaltou que a eleição de Equador, Moçambique e Timor Leste, que se somam a Brasil e Chile, como membros do Comitê, fortalece a Unasul Saúde e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa Saúde — estruturas regionais nas quais o Brasil tem ativa participação —, que contam agora com cinco membros no órgão, além da vice-presidência. Isso deverá possibilitar uma ação conjunta na defesa do interesse das regiões sul-americana e africana. O Comitê Executivo da OMS é composto por 34 países de todas as regiões do mundo, que representam os 193 Estados-membros.

CORREÇÃO — A parlamentar Fátima Cleide (PT-RO) é senadora e preside a Comissão de Educação, Cultura e Esporte do Senado — e não deputada, como *Radis* publicou, em sua edição 94, página 18 (*Delegados aclamam Lula*). Na mesma edição, corrigimos também o sobrenome do fotógrafo Leonid Streliaev, que publicamos como Stranislev, na página 2 (*O louco e a loucura no século 20*).

das atividades geradoras de ingresso para os trabalhadores e as pessoas que vivem com HIV, em particular para efeito da continuidade de tratamento. A adoção da norma foi considerada como mais um passo na luta pelo acesso universal à prevenção, tratamento, cura e apoio frente ao vírus HIV. De acordo com a Agência EFE (17/6), o texto conta com apoio do programa UnAids (*Jointed United Nations Program on HIV/AIDS*) e da OMS.

PUBLICIDADE DE ALIMENTOS

A Anvisa divulgou (29/6) a resolução nº 24/2010, que estabelece novas regras para a publicidade de alimentos com taxas elevadas de açúcar, gordura saturada, gordura trans e sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional, informou *O Globo* (30/6). De acordo com o documento, os fabricantes terão 180 dias, a contar da data da resolução, para se adequar às novas regras, veiculando mensagens de alerta nas propagandas e informando que o consumo em excesso do alimento divulgado aumenta os riscos de obesidade, cárie nos dentes, problemas no coração e diabetes. No anúncio de TV, "o próprio personagem ou o ator escolhido para divulgar o produto terá que ler o alerta em cena". A Anvisa

também pretende coibir os excessos das propagandas que levam o público infantil a adotar "padrões de consumo incompatíveis com a saúde e que violem seu direito à alimentação adequada". As empresas que não adotarem a nova medida podem ser "notificadas, ter unidades interditadas e correm risco de receber multas que variam de R\$ 2 mil a R\$ 1,5 milhão".

A resolução — resultado de processo que se iniciou com consulta pública em 2006 —, foi aplaudida por entidades e organizações não-governamentais, considerada insuficiente por outras, que cobram ainda mais rigidez nas regras impostas à publicidade, e recebeu críticas do setor empresarial. Para o presidente da Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (Abia), Edmundo Klotz, o texto seria inconstitucional, já que, segundo ele, a Constituição "permitiria apenas que tabaco, medicamentos e terapias, bebidas alcoólicas e agrotóxicos sejam objeto de alertas de malefícios". Protestos à restrição surgiram também em relatório enviado à Sociedade Interamericana de Imprensa pela Abia, a Associação Brasileira de Empresas de Rádio e Televisão (Abert), a Associação Nacional de Jornais (ANJ) e a Associação Nacional de Editores de Revistas (Aner), cujo teor geral busca condenar a censura

imposta a jornais e a violência sofrida por profissionais de imprensa no país. Já o Instituto Alana, um dos defensores da medida, lamenta (15/7), em seu site, que a Anvisa não tenha incluído na resolução itens discutidos e aprovados em audiência pública sobre o tema, realizada em agosto de 2009, "que davam proteção especial ao público infantil, a exemplo da proibição de brindes e prêmios condicionados a compra de alimentos". Para a coordenadora do Projeto Criança e Consumo do Alana, Isabella Henriques, "a medida é muito importante no sentido de fortalecer a proteção do consumidor brasileiro", mas "é insuficiente para a criança, que continuará exposta a mensagens mercadológicas e ações de marketing". Diante da pressão dos empresários, a Advocacia Geral da União (AGU) enviou (13/7) nota à Anvisa recomendando a suspensão do documento. Em resposta (15/7), a Anvisa informou que a resolução continua valendo, comprometendo-se a examinar a recomendação na próxima reunião da diretoria, para que sejam "tomadas as deliberações necessárias".

SÚMULA é produzida a partir do acompanhamento crítico do que é divulgado na mídia impressa e eletrônica.

4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO



DETALHE DO CARTAZ DA 4ª CNCTI

De olho no futuro

Cientistas reunidos em Brasília consideram que avanço da ciência brasileira traz oportunidades e desafios para o desenvolvimento do país

Adriano De Lator e Bruno Dominguez

A ciência brasileira avançou nos últimos anos. A constatação foi ponto comum nos debates da 4ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (CNC-TI), realizada entre 26 e 28 de maio, em Brasília. O evento reuniu 3.500 cientistas brasileiros, que buscaram fazer um diagnóstico das conquistas e entraves, propor caminhos e definir uma política de Estado relacionada ao setor, com vistas a um desenvolvimento sustentável para o país. As discussões realizaram-se em quatro eixos temáticos: *O sistema nacional de ciência, tecnologia e inovação; Inovação na sociedade e nas empresas; Pesquisa, desenvolvimento e inovação em áreas estratégicas; e C,T&I para o desenvolvimento social.*

Em termos de produção, o Brasil alcançou a 13ª posição na lista dos países com mais artigos científicos

publicados em periódicos indexados pela base de dados Thomson/ISI em 2008, somando 30.415 artigos. Esse número equivale a 2,63% da produção mundial e a 54,56% da produção da América Latina naquele ano. À nossa frente ficaram Estados

O Brasil avançou muito em quantidade e qualidade de produção

JACOB PALIS JÚNIOR

Unidos, China, Alemanha, Japão, Inglaterra, França, Canadá, Itália, Espanha, Índia, Austrália e Coreia do Sul, nessa ordem. Oito anos antes, o país ocupava a 22ª posição.

O número de pesquisadores e de outros profissionais envolvidos envol-

vidos em pesquisa e desenvolvimento aumentou de 125.969, em 2000, para 397.720, em 2008, assim distribuídos: 76,7% no ensino superior, 19,8% no setor empresarial, 3,1% no governo e 0,3% em organizações privadas sem fins lucrativos. O número de bolsas de formação e pesquisa no país e no exterior concedidas por agências federais (CNPq e Capes) chegaram a 63.550, em 2008, contra 42.512, em 2003.

Na cerimônia de abertura da conferência, que contou com a presença do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o matemático Jacob Palis Júnior, presidente da Academia Brasileira de Ciências, apontou o reforço do investimento na área como um dos motivos desse avanço. Entre 2000 e 2010, os recursos destinados a pesquisa e desenvolvimento subiram de R\$ 12 bilhões para R\$ 42,1 bilhões — passando de 1,02% para 1,22% do Produto Interno Bruto. “O Brasil avançou muito em quantidade e qualidade de produção”, comentou. “Hoje, temos atores

importantes no mundo da ciência, nossas indústrias brilham no exterior, empresas de cunho científico-tecnológico nos enchem de orgulho”, disse, citando Inmetro, Fiocruz, Petrobras e Embraer como exemplos.

O ministro da Ciência e Tecnologia, Sérgio Rezende, avaliou que o país se preparou para dar grandes saltos no futuro. “Na próxima década, nossa C,T&I deve ser ambiciosa”, provocou. Sérgio Rezende referiu-se especialmente ao Plano de Ação de Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional, que destinou R\$ 41 bilhões entre 2007 e 2010 à expansão do Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação; promoção da inovação tecnológica nas empresas privadas; pesquisa, desenvolvimento e inovação em áreas estratégicas (entre elas, biotecnologia, insumos para a saúde, biocombustíveis, petróleo, meteorologia e biodiversidade) e para o desenvolvimento social.

Deste último ponto constavam a produção de tecnologias para inclusão e o aperfeiçoamento do ensino de ciência nas escolas, incluindo a distribuição de 20 mil lunetas para alunos de escolas públicas do país. “Vamos estimular nossos jovens a olharem para o céu”, justificou o ministro.

‘CÚMPLICE DA CIÊNCIA’

Durante a cerimônia, o ministro Sérgio Rezende presenteou o presidente Lula com uma das lunetas. Com dificuldade de usar o instrumento, o presidente brincou: “Ele deve ter medido uma que não funciona”. Sobre ciência, tecnologia e inovação, Lula disse ter consciência de que nem os participantes do evento nem ministros de outras pastas de seu governo conheciam suas realizações nessa área. Ele opinou que foi “cúmplice” da ciência, tendo enfrentado um processo de convencimento dos demais ministros para finalmente conseguir aumentar os recursos na pasta: “Fiquei como um pai que tem de dividir R\$ 100 entre 10 filhos, cada um querendo convencê-lo de que precisa mais do que o outro”. Mas ressaltou que os avanços são fruto do trabalho dos próprios pesquisadores do país. “Acho que o mais experiente de vocês não viu momento da ciência brasileira com este”, disse. “Fazer ciência era a arte de ser teimoso, hoje não é mais, porque o país tem uma política de ciência e tecnologia”.

A crítica ficou somente para os empresários do país, que segundo o presidente não aproveitaram totalmente as linhas de financiamento que

integrava o Plano de Ação de Ciência, Tecnologia e Inovação. “Não estavam preparados para a inovação; em geral, não acreditávamos que isso era possível, porque fomos doutrinados a pensar que somos menores”. Para Lula, os brasileiros ainda estão se descobrindo, superando a “mania de pequenez a que foram submetidos”.

QUANTIDADE VS. QUALIDADE

Na sessão plenária *Produção do conhecimento: um desafio para o Brasil*, o olhar sobre o passado de construção de um sistema de ciência e tecnologia brasileiro deu lugar a um olhar sobre o futuro que traz desafios e também oportunidades.

Professor da Universidade Federal de Minas Gerais e diretor científico do Núcleo de Genética Médica de Minas

É uma incoerência falar em direito à propriedade intelectual. Se é direito, é de todos. Se é de alguém é privilégio

CÂNDIDO GRZYBOWSKI

Gerais, o médico geneticista Sergio Pena indicou como desafio acertar o compasso entre a força da ciência nacional e sua influência no cenário internacional. Se ocupa o 13º lugar no ranking dos países que mais publicam artigos em periódicos indexados, o Brasil é apenas o 24º no ranking de citações — maneira de se medir a qualidade dos trabalhos. A qualidade é fortemente impactada por diversos fatores, listou. Um deles é fato de a pesquisa estar baseada na pós-graduação: “O prazo rígido para a entrega força o aluno a optar por uma pesquisa conservadora, cuja conclusão ele já tem em mente”. Consequências são os baixos níveis de criatividade e inovação, com a repetição de pesquisas dos Estados Unidos e da Europa no lugar da realização de pesquisas audazes e focadas nos problemas brasileiros.

Outras questões levantadas por ele foram a ênfase *cientométrica* — relativa a aspectos quantitativos —, em números absolutos, a pulverização de recursos e a busca pelo rápido retorno tecnológico. “A ciência precisa ter o

direito de ser básica, sem necessariamente apresentar aplicações”. E, finalmente, o que ele classificou de “demandas criacionistas das agências de fomento”, em referência aos formulários com informações sobre começo, meio e fim das pesquisas exigidos por esses órgãos.

Diretor científico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), o físico Carlos Henrique de Brito Cruz sugeriu medidas capazes de solucionar os problemas listados por Sergio Pena. Multiplicar por três o número de pesquisadores, garantir a exposição nacional e internacional dos trabalhos, valorizar a ciência, aumentar o prazo de realização de pesquisas (com financiamento por até 11 anos para projetos mais ousados) e avaliá-los pela qualidade — não pelo número de publicações anteriores do pesquisador. Mais: garantir apoio institucional aos cientistas, para que não percam tempo em atividades burocráticas. “Faça ciência e não prestação de contas”, resumiu ele.

PESQUISA EM SAÚDE

Uma sessão paralela foi dedicada ao tema *Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde: o futuro de uma política setorial*. Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, o médico Reinaldo Guimarães informou que a saúde é o segundo maior mercado do mundo, perdendo apenas para o da defesa. Somente em 2009, movimentou mais de US\$ 1 trilhão. O investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico respondeu por 15% desse trilhão, o equivalente a US\$ 150 bilhões.

No Brasil, avaliou Reinaldo, pesquisa e desenvolvimento em saúde tem crescido nos últimos anos. “O setor contribuiu com grande parte do crescimento da pós-graduação e da produção científica”, disse. Por outro lado, há baixa taxa de investimento em pesquisa e baixa inovação no mercado de equipamentos. “O progresso será mais saudável caso medidas de fomento sejam colocadas em prática, mais perto das prioridades do sistema de saúde”.

Para ele, o governo Lula deixa o Brasil no limiar de atingir um outro patamar de ciência, tecnologia e inovação, “mas numa situação ainda não estável”. Conforme indicou, é preciso rever o regime jurídico de gestão das instituições de pesquisa, evitar que o aumento de recursos leve ao desperdício e ao que chamou de “fetiche por equipamentos”, atualizar o perfil dos

órgãos de fomento, alinhar políticas setoriais e reformar o Instituto Nacional da Propriedade Industrial.

O vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz, o economista Carlos Gadelha opinou que falta ao país o reconhecimento da saúde como estratégia de desenvolvimento. O setor, disse ele, tem peso econômico, com poder de compra equivalente a 8% do PIB nacional e geração de valor adicionado de 6% do PIB.

“O SUS ainda não tem condições de dar atenção com qualidade por problemas de financiamento e de inovação”, argumentou. “Uma das nossas grandes bandeiras deve ser reivindicar papel central da saúde na política de desenvolvimento do país, com financiamento de pesquisa, desenvolvimento e inovação”. Carlos Gadelha ressaltou que não defendia o simples aumento da produção científica na área, mas o aumento da produção voltada para as necessidades da sociedade brasileira. “O que vamos inovar? Para quem? Na Amazônia ou no Sudeste? Reproduzindo ou diminuindo a desigualdade?” são questões a se pensar, segundo ele.

INOVAÇÃO É DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Economias capazes de investir em inovação convergem para redução de desigualdades e para uma melhor distribuição de renda, assegurou o secretário executivo adjunto da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Antonio Prado, na coordenação da plenária sobre democracia e cidadania. “Não pode haver desenvolvimento sustentável sem avanço contínuo da inovação”, defendeu.

De acordo com o economista, inovação reduz os custos de processamento e distribuição de informação, o que gera acesso a um maior número de atores sociais. Ele frisou a necessidade de políticas públicas que garantam acesso massivo aos resultados e usos da inovação e criticou o fato de determinadas necessidades sociais não se traduzirem em demandas. Na área de biotecnologia, isso reflete na ausência de maiores investimentos em doenças negligenciadas pelo mercado, como Chagas ou malária.

O diretor do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), Cândido Grzybowski, levou outra questão ao debate: “como financiar a ciência?”. Ele lembrou que o papel das empresas é produzir com vistas ao lucro, o que se enquadra “no mesmo

processo que cria exclusão social e degradação ambiental”. Cândido propôs, então, que se veja ciência como bem público. “É um absurdo a Embrapa ser financiada pela Monsanto para plantar soja na Amazônia com fertilizante trazido do Marrocos”, criticou.

O sociólogo questionou ainda a regulação de uso da propriedade intelectual, já que as descobertas não são individuais, mas sim frutos de um processo coletivo. “Proteger significa não compartilhar. A ciência só cresce compartilhando”, alertou. Ele citou como

Tudo o que pode ser feito deve ser feito? Quem decide se a sociedade está em condições de clonar uma pessoa?

ENNIO CANDOTTI



FOTOS: ADRIANO DE LAVOR

exemplos o sistema operacional Linux e a enciclopédia online Wikipedia, produtos gerados cooperativamente e de acesso gratuito. Do mesmo modo, para Cândido não faz sentido a apropriação do conhecimento tradicional indígena ou camponês sobre plantas e ervas por pesquisadores que porventura descubram o seu genoma ou a sua aplicação. “É uma incoerência falar em direito à propriedade intelectual. Se é direito, é de todos. Se é de alguém é privilégio”, resumiu.

Paulo Augusto Oliveira Itacarambi, diretor executivo do Instituto Ethos, apontou para as tecnologias sociais como instrumentos de desen-

volvimento da economia solidária. Isso significa valorização do conhecimento tradicional — que pode ser transformado em inovação — e uma nova visão empresarial, baseada na responsabilidade social. “É preciso que as empresas assumam uma nova função social, não somente baseada no lucro, mas que produza resultados para todos”, disse. Ele assinalou que empresas mais sensíveis a esta questão se posicionam melhor no mercado.

Paulo considerou que “somos analfabetos ecológicos” e que a gestão praticada no país é voltada para interesses de grupos e baseada no “raciocínio do menor custo”, lógica empresarial que afeta a sociedade e destrói valores. A grande inovação seria a empresa social, que atendesse justamente as necessidades sociais. Ele ponderou as críticas feitas ao patenteamento: reconheceu que talvez a patente não seja o melhor instrumento para reconhecer e remunerar o pesquisador, mas defendeu que o trabalho e o capital investidos no conhecimento devem ser levados em conta.

PROTAGONISMO LOCAL

Presidente do Fórum Nacional de Secretários Municipais de Ciência e Tecnologia, Silvio Roberto Ramos, de Vitória, defendeu o protagonismo dos municípios na elaboração de políticas de inovação. Na sessão paralela sobre demandas sociais e desenvolvimento local, ele propôs uma articulação entre os setores público e privado. Para isso, sugeriu que o planejamento dos estados defina claramente o papel dos municípios, e defendeu a adoção de editais segmentados, que reforcem as competências locais.

A economista Helena Maria Lastres, secretária de Arranjos Produtivos Locais e Desenvolvimento Regional do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), trouxe à discussão o conceito de “injustiça cognitiva”, quando discutiu inovação no país. Por não terem sido registrados, os saberes tradicionais dos habitantes originais do Brasil, acabaram ignorados. Muitas vezes os registros foram impedidos pelo próprio extermínio destas culturas. O resultado disso é a base educacional brasileira assentar-se sobre a de países considerados mais desenvolvidos, argumentou. “Usamos os óculos dos outros para olhar para nós mesmos”, disse a pesquisadora, alertando que isso traz limitação no entendimento de conceitos, indicadores e modelos políticos.

Helena considerou que, hoje, há um maior grau de liberdade para a construção de um conhecimento “mais nosso” e para a superação de políticas descontextualizadas, o que possibilita a criação de conceitos próprios, “que não dissociem desenvolvimento de inclusão social”.

O líder indígena Álvaro Fernandes Sampaio, da etnia Tukano (Alto Rio Negro – AM), corroborou ideias de Helena, ao afirmar que, desde a chegada dos portugueses, “os cientistas procuram dinheiro por aqui”. Ele declarou que, em relação às políticas de ciência e tecnologia, as distintas nações indígenas brasileiras (220 povos, falantes de 180 línguas) continuam sendo tratadas pelo Estado nos mesmos moldes da época do descobrimento.

Álvaro considera que os índios ainda são excluídos da formulação das políticas de tecnologia. “É ruim para nós quando não decidimos o futuro de nossos filhos”, salientou, lembrando que, apesar de a lógica de construção de conhecimento indígena ser outra – continuam a aprender através da linguagem oral e de cerimônias –, eles compartilham as necessidades tecnológicas atuais. “Antigamente tocávamos tambor; hoje precisamos de computador”, assinalou, defendendo oportunidades iguais de crescimento intelectual: “Também sou pesquisador de antropólogos e cientistas. Inclusão digital não pode estar longe das populações indígenas. Quero que meu filho sente ao lado dos melhores cientistas do país”.

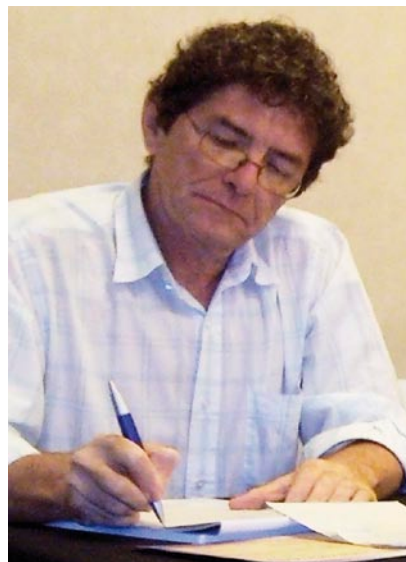
CAMINHOS POSSÍVEIS

Na sessão paralela que discutiu políticas públicas de ciência, tecnologia e inovação para o desenvolvimento social, Eduardo Mortimer, assessor de educação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pesquisador da UFMG, alertou para a necessidade de se pensar em educação básica de qualidade como política de Estado e inseri-la no sistema de ciência e tecnologia.

Entre as medidas propostas, ele listou o aumento do tempo de permanência dos estudantes no ambiente escolar, a dedicação exclusiva de professores (e melhoria na seleção destes), a redução do número de alunos por classe, a melhoria na infraestrutura de escolas e a sua aproximação com a universidade. Além disso, defendeu que o financiamento estatal em pesquisa na área deveria ser semelhante ao que se pratica na área de saúde.

O professor Renato Dagnino, do Departamento de Política Científica e Tecnológica da Unicamp, lembrou da ausência de pesquisas para o desenvolvimento na prática das empresas locais e falta de condições para que empreendimentos da economia informal integrem a economia solidária, alavancando tecnologias sociais – imprescindíveis para a geração de conhecimento.

Para discutir inovação, o físico Ennio Candotti, diretor geral do Museu da Amazônia (Musa), fez uma analogia en-



Às vezes, temos recursos que não chegam à ponta. Os critérios de aprovação são excludentes

ILDEU DE CASTRO MOREIRA


tre um passeio na floresta tropical brasileira e o caminho trilhado pelo escritor italiano Dante Alighieri (1265-1321) no seu poema épico *A divina comédia*, no século 14. Para penetrar a mata, disse Candotti, há vários caminhos possíveis. O primeiro deles seria seguir o caminho das árvores, bússola na mão para não se perder; o segundo seria contar com a ajuda de um empresário e um moderno aparelho de GPS (abreviatura de Sistema de Posicionamento Global, em inglês), “que tem funções sociais poderosas”, já que permite localizar reivindicações ou delimitar territórios em disputa; e o terceiro seria dispensar os aparatos tecnológicos e “pedir ajuda a um amigo indígena”.

Os três caminhos são possíveis, frisou o pesquisador; três maneiras diferentes de se pensar ciência, tecnologia e inovação para o desenvolvimento social. Quando se opta por um, geralmente se omite o outro. Apesar disso, o caminho será percorrido, na medida em que as perguntas certas forem feitas: “tudo o que pode ser feito deve ser feito?” provocou. Quem decide se a sociedade está em condições de clonar uma pessoa? A boa ou má condução de uma pesquisa é apenas assunto dos comitês de especialistas? “Certamente que não”, assegurou.

Os monstros são filhos do segredo, ensinou Candotti. Quando os resultados de projetos de pesquisa não estão ao alcance da população, o direito à informação se torna uma questão complexa para se examinar. Neste contexto, a divulgação científica deve formar pessoas capazes de formular perguntas, e não apenas explicar o que fazem os cientistas. Educar para que informações sejam ponderadas e exageros sejam subtraídos.

Ildeu de Castro Moreira, especialista do Departamento de Popularização e Difusão da Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) apresentou as prioridades governamentais na área de comunicação pública da ciência, cujo objetivo é aproximar a população dos pesquisadores. Renato Dagnino criticou o que chamou de “antagonismo entre o discurso político e a prática social dos atores hegemônicos”. Em sua opinião, as diretrizes estão postas desde a época dos governos militares, embora pouco tenha sido implementado. Isso se reflete em uma dependência cultural: “Por mais que se forneçam doutores de graça para as empresas, estas não vão investir em práticas tecnológicas orientadas por problemas sociais”, declarou.

Gerente executiva do Instituto de Tecnologia Social (ITS), a ex-deputada Irma Passoni ressaltou que houve avanços no esforço do governo de construir tecnologias sociais, mas defendeu a renovação dos processos culturais, de modo a fortalecer e institucionalizar a participação política dos atores de ciência e tecnologia.

Ildeu sugeriu a criação de um fórum permanente de ciência, tecnologia e inovação para o desenvolvimento social, que proponha ações concretas e auxilie na desburocratização da máquina estatal que, segundo ele, deixa de fora muitos projetos. “Às vezes, temos recursos que não chegam à ponta”, criticou. “Os critérios de aprovação são excludentes”. 

Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros

Estudo realizado a partir dos dados da Pnad/IBGE analisa desigualdades geográficas e de renda e monitora o desempenho das políticas de saúde

Francisco Viacava *

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada anualmente pelo IBGE desde os anos 1970 (ver box na página 13), é a principal fonte de informações para acompanhamento das políticas públicas. Seu foco é emprego e rendimento, mas a cada ano essas informações são acompanhadas de suplementos dirigidos à análise de temas específicos. Um desses temas é

o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos brasileiros, que teve suplementos nas Pnads de 1981, 1986, 1998, 2003 e 2008. Apresenta-se aqui uma análise dos dados relativos ao período 1998-2008. Os três últimos suplementos de Saúde da Pnad

Consistem no menor nível de desagregação dos dados de uma pesquisa, retratando, sob a forma de códigos numéricos, o conteúdo dos questionários, preservado o sigilo das informações. Possibilitam aos usuários com conhecimento de linguagens de programação ou softwares de cálculo criar as próprias tabelas. (Fonte: IBGE)

analizados utilizaram praticamente o mesmo questionário para coleta de dados, definido em 1996/97, por um grupo de trabalho composto por pesquisadores da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep), e aprimorado nos anos subsequentes. O questionário aborda quatro grandes subtemas: i) necessidades de saúde, estimadas a partir da avaliação do estado de saúde, restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde, morbidade referida e limitação de atividade física; ii) cobertura por plano de saúde; iii) acesso a serviços de saúde; e iv) utilização de serviços de saúde.

Os dados aqui apresentados foram obtidos através da tabulação dos microdados do IBGE e são de responsabilidade do autor deste artigo. A análise foi feita com o objetivo de monitorar as desigualdades geográficas

e sociais no acesso e uso dos serviços de saúde. Para cada item analisado foram calculadas as estimativas com intervalos de confiança a 95%.

São utilizados para indicar a confiabilidade de uma estimativa. Em vez de se estimar um parâmetro estatístico qualquer por um único valor, é dado um intervalo de estimativas prováveis a ele. Nesse caso, há 95% de probabilidade de o valor real do parâmetro populacional estar dentro do intervalo assinalado.

A análise das desigualdades geográficas foi feita comparando-se as estimativas de cada aspecto analisado (estado de saúde, consulta a médico, uso de plano de saúde etc.) para as grandes regiões do país. Já para acompanhar o comportamento das desigualdades sociais, foi feita a distribuição das pessoas segundo a renda domiciliar per capita e calcularam-se estimativas

para as pessoas situadas entre os 20% mais ricos (quintil 5) e entre os 20% mais pobres (quintil 1). A comparação entre os mais

O quintil de rendimento é calculado ordenando a população (de uma região, país etc.) do indivíduo mais pobre ao mais rico, para depois dividi-la em 5 partes de igual número de indivíduos. O primeiro quintil (Q1) representa a porção da população mais pobre; o segundo quintil (Q2), o seguinte nível, e assim sucessivamente até o quinto quintil (Q5), representante da população mais rica.



* Pesquisador do Laboratório de Informação em Saúde do ICICT/FIOCRUZ

ricos e os mais pobres foi feita dividindo-se o valor da estimativa obtida para um grupo pelo valor da estimativa obtida para o outro, chegando-se à razão entre esses percentuais (os valores que aparecem no eixo vertical dos gráficos 2,6,8,10 e 14).

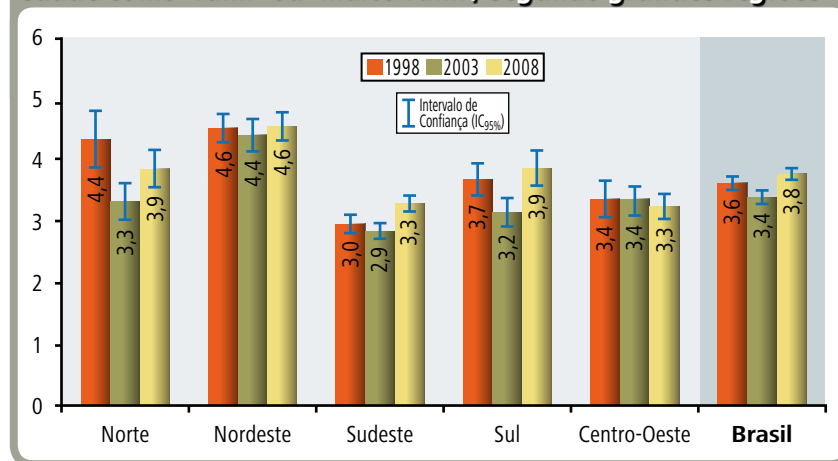
Tendo em vista que o acesso e o uso de serviços de saúde aumentam com a idade, e que no quintil de maior renda há proporcionalmente pessoas mais idosas do que no de menor renda, a análise foi feita para duas faixas etárias: até 49 anos e 50 anos e mais.

NECESSIDADES DE SAÚDE

As necessidades de saúde são avaliadas, na Pnad, a partir das seguintes dimensões: avaliação do estado de saúde, restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde, existência de doenças crônicas e limitação de atividades físicas (em maiores de 14 anos).

O padrão de necessidades de saúde dos brasileiros – avaliado pelo percentual de pessoas que consideram sua saúde ruim ou muito ruim, ou pelo percentual de pessoas que apontaram “restrição de atividades rotineiras nos últimos 15 dias”, ou ainda pela presença de alguma doença crônica – segue um padrão universal: os indivíduos apresentam mais problemas de saúde no início e no fim da vida, e, no conjunto, as mulheres

FIGURA 1 Percentual de pessoas com avaliação do estado de saúde como ‘ruim’ ou ‘muito ruim’, segundo grandes regiões



fazem mais referência a problemas de saúde do que os homens. Considerando os resultados das três últimas pesquisas, embora a tendência geral seja a mesma, há um ligeiro aumento no percentual de pessoas que avaliam sua situação de saúde como ruim ou muito ruim, que passou de 3,4%, em 2003, para 3,8%, em 2008. A autoavaliação do estado de saúde também varia com as regiões geográficas, com tendência a ser maior na região Nordeste (Figura 1).

As necessidades de saúde distribuem-se desigualdade entre os indivíduos das distintas classes de rendimento familiar mensal, sendo

maiores nas classes de menor rendimento. Os dados da Pnad mostram que o percentual de pessoas que avaliam seu estado de saúde como ruim ou muito ruim é quase duas vezes maior entre pessoas situadas no quintil 1 (mais pobres) da distribuição de renda per capita em relação às pertencentes ao quintil 5 (mais ricos) e que não houve alteração importante na magnitude das desigualdades ao longo do período 1998-2008 para a população total. Entre as pessoas de 50 anos ou mais, essa relação é três vezes maior. Para aquelas com menos de 50 anos, verifica-se tendência ao aumento das desigualdades ao longo do período,

Sobre a Pnad

A Pnad é realizada no último trimestre do ano em uma amostra probabilística da população brasileira, selecionada em três estágios: municípios, setores censitários (demarcados pelo IBGE, de tal maneira que abranjam uma área que possa ser percorrida por um único recenseador em um mês e que possua em torno de 250 a 350 domicílios) e domicílios. A amostra é representativa para Brasil, grandes regiões, estados e dez regiões metropolitanas. Em 2008, a pesquisa envolveu 150.591 domicílios, com 391.868 indivíduos entrevistados (até 2003, a amostra não incluía a população rural da região Norte). Em cada domicílio selecionado, são entrevistados todos os moradores presentes, que também prestam informações sobre os temporariamente ausentes.

O questionário do corpo básico da Pnad é dirigido a aspectos demográficos, emprego e rendimento. As informações são geradas a partir de dados relativos aos domicílios e aos

residentes. São considerados apenas os domicílios particulares e unidades de moradia em domicílios coletivos (quartos, apartamentos etc). Considera-se a população residente aquela constituída por moradores, inclusive os ausentes, por período não superior a doze meses em relação à data da entrevista. Os moradores de domicílios coletivos, tais como hospitais, presídios e conventos, não são entrevistados. Em função da estrutura da pesquisa, a população moradora de rua não está incluída na amostra.

Para cada domicílio coletam-se dados sobre: características físicas gerais, condição de ocupação, abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino de lixo, iluminação elétrica, bens (que incluem telefones fixo e celular, microcomputador e acesso à internet), e composição familiar. Em 2008, também foram coletados dados sobre cadastramento no Programa Saúde da Família.

Dos moradores maiores de 13 anos presentes no momento da entrevista são coletados dados sobre sexo, idade, cor, migração, escolaridade, características do trabalho e rendimento (na semana, mês e ano de referência) e fecundidade. Dados sobre os moradores ausentes ou portadores de deficiências mentais são fornecidos por terceiros, anotando-se se estes são moradores ou não. As informações sobre crianças de até 13 anos são prestadas pela mãe ou responsável.

Todos os dados do corpo básico e do suplemento da Pnad são divulgados pelo IBGE em formato impresso e eletrônico e podem ser acessados em www.ibge.gov.br e www.datasus.gov.br. Os dados do suplemento podem ser cruzados com os dados do corpo básico, o que permite o monitoramento das desigualdades sociais na saúde.



sendo que a relação chegou a quatro, em 2008 (Figura 2).

As necessidades de saúde também podem ser avaliadas, na Pnad, pelo percentual de pessoas que referem alguma doença crônica, diagnosticada por médico ou outro profissional de saúde. No caso do diabetes e da hipertensão, o percentual de pessoas com mais de 20 anos que informam ter recebido o diagnóstico dessas doenças é sempre maior no quintil 5, de maior renda, mas é preciso não esquecer que esse grupo é composto por pessoas com idade mais elevada e, portanto, mais predisposto a ter doenças crônicas. Em 2008, por

exemplo, 3,1% de pessoas no quintil 1, de menor renda, referiram diabetes, contra 6,0%, do quintil 5. Nota-se também que o percentual de pessoas que referem ter

Os postos ou centros de saúde são cada vez mais os referidos como serviço regularmente procurado

diabetes diagnosticado por médico vem aumentando ao longo do tempo, tanto entre os mais ricos (quintil 5), quanto

entre os mais pobres (quintil 1). Para a população total, em 1998, esse percentual passou de 3,3% para 5,3% em 2008 (Tabela 1). O aumento da prevalência de doenças crônicas referidas pelos entrevistados pode ser reflexo do aumento do acesso aos serviços de saúde, do envelhecimento da população, e das mudanças nos estilos de vida. Outras análises da Pnad mostram que as chances de doença crônica são sempre maiores nas pessoas com menor escolaridade, quando se controla o efeito de sexo e idade.

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Com os dados dos suplementos de saúde da Pnad, é possível acompanhar vários indicadores relacionados ao acesso a serviços de saúde. Alguns podem ser obtidos para os três anos da série, como os percentuais de pessoas que contam com serviço de uso regular, ou que consultaram médico e dentista nos últimos 12 meses. Há também a possibilidade de calcular os percentuais de mulheres que realizaram mamografia e citologia do colo do útero (Papanicolaou) nos três anos que antecederam as entrevistas, em 2003 e 2008. Outros indicadores de acesso que podem ser calculados são a cobertura populacional pelo Programa Saúde da Família (PSF) e a cobertura por plano de saúde.

• **Serviço de uso regular** — Ter um serviço de saúde ao qual normalmente se recorre é considerado um indicador de acesso aos serviços de saúde em muitos países, especialmente, nos casos em que o sistema de saúde é hierarquizado e tem na atenção básica a porta de entrada e referência para níveis de atenção mais especializados e de maior complexidade. Segundo a Pnad, mais de 70% da população brasileira referem que têm um serviço de uso regular. Houve importante crescimento nesse percentual no primeiro quinquênio, em todas as regiões do país, e uma redução, no segundo, nas regiões mais desenvolvidas e no país como um todo. O mais importante a destacar é que os postos ou centros de saúde são os serviços cada vez mais referidos pelas pessoas como serviço de uso regularmente procurado — 42%, em 1998, para quase 57%, em 2008 (Figura 3). Verifica-se também que a referência a serviços mais especializados como ambulatório de hospitais vêm diminuindo em todas as regiões (Figura 4). Esses dados indicam que, de modo geral, e especialmente no setor público, o modelo de atenção hierarquizado vem se implantando segundo os princípios estabelecidos para o SUS.

FIGURA 2 Razão entre os percentuais de pessoas que avaliam seu estado de saúde como 'ruim' ou 'muito ruim' no quintil 1 (mais pobres) e no quintil 5 (mais ricos) de renda per capita, segundo idade

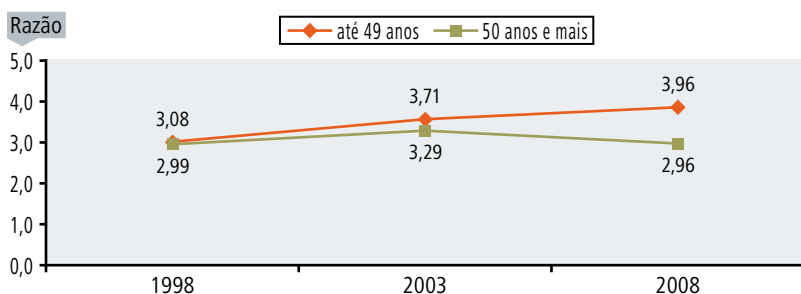
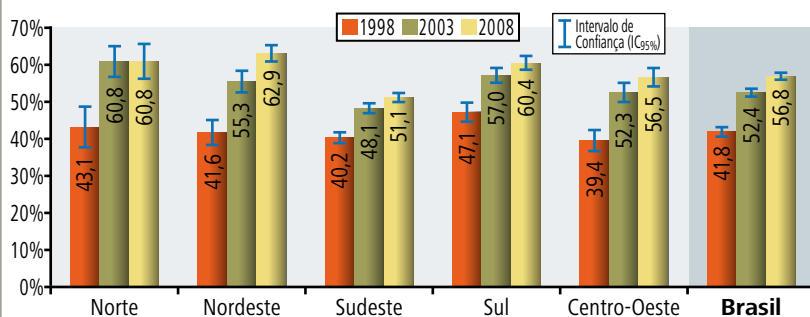


TABELA 1 Percentual de pessoas com 20 anos e mais que referem diagnóstico de diabetes ou hipertensão, segundo o quintil de renda domiciliar per capita

	Quintil de renda domiciliar per capita	Diabetes % (IC _{95%})	Hipertensão % (IC _{95%})
1998	Quintil 1	1,7 (1,4 – 1,9)	14,7 (14,1 – 15,4)
	Quintil 5	3,6 (3,3 – 3,9)	16,3 (15,7 – 16,9)
	Total	3,3 (3,1 – 3,5)	17,6 (17,4 – 17,8)
2003	Quintil 1	2,0 (1,8 – 2,2)	14,0 (13,5 – 14,4)
	Quintil 5	4,7 (4,4 – 4,9)	19,0 (18,6 – 19,5)
	Total	4,1 (4,0 – 4,2)	19,0 (18,8 – 19,3)
2008	Quintil 1	3,1 (2,9 – 3,3)	16,1 (15,7 – 16,6)
	Quintil 5	6,0 (5,7 – 6,2)	21,3 (20,9 – 21,7)
	Total	5,3 (5,2 – 5,4)	20,8 (20,6 – 21,1)

FIGURA 3 Percentual de pessoas que referem posto/centro de saúde como serviço de uso regular, segundo grandes regiões



• **Consulta médica** — Um indicador de acesso aos serviços de saúde comumente utilizado é o percentual de pessoas que consultam médico anualmente. Nas Pnads de 1998, 2003 e 2008, os entrevistados foram perguntados sobre ter consultado médico nos 12 meses que antecederam a entrevista, e a maior parte da população, em todas as regiões, respondeu afirmativamente. Foram importantes os aumentos nos percentuais ao longo do tempo no país como um todo (13%) e em todas as regiões (Figura 5). No caso da região Norte, não houve variação no percentual, entre 2003 e 2008. Isso se deve, provavelmente, ao fato de, a partir de 2004, a amostra da Pnad ter passado a incluir também a área rural da região Norte.

Para o país como um todo, observa-se também que, embora a desigualdade ainda permaneçam de 20% a 25% maiores em favor dos mais ricos, é possível observar que houve redução nas desigualdades no acesso à consulta médica nos dois grupos de idade: entre as pessoas com 50 anos ou mais, o índice de desigualdade que era 1,33 (33% maior, nos mais ricos) em 1998, passou para 1,19 em 2008 (Figura 6). A redução nas desigualdades foi provavelmente devida a um aumento do acesso aos médicos pelos mais pobres, efeito esperado com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF).

• **Consulta odontológica** — A Pnad coleta também informação sobre o acesso aos serviços odontológicos. Nesse caso, pergunta-se quando o entrevistado foi ao dentista pela última vez. O indicador comumente utilizado é o percentual de pessoas que foi ao dentista nos últimos 12 meses. Os dados indicam que houve aumento no acesso aos serviços odontológicos, mais acentuado no primeiro quinquênio. Esse quadro foi observado nas regiões mais desenvolvidas, ou seja, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, resultando em acréscimo de cerca de 7% para o Brasil. Na região Norte, não houve variação no indicador, e, no Nordeste, o crescimento foi semelhante nos dois quinquênios. As desigualdades geográficas permanecem grandes, conforme apontam os índices registrados no Nordeste, de 25% a 36%, e no Sul, de 41% a 48% (Figura 7). Para o país como um todo, as desigualdades de renda na consulta odontológica são extremamente acentuadas na população até 49 anos e ainda maiores entre os idosos. Nesse grupo populacional, as diferenças no indicador entre os 20% mais ricos e os 20% mais pobres chegam a mais de 200%. Entretanto, nota-se uma tendência à diminuição das desigualdades de renda

FIGURA 4 Percentual de pessoas que referem ambulatório de hospital como serviço de uso regular, segundo grandes regiões

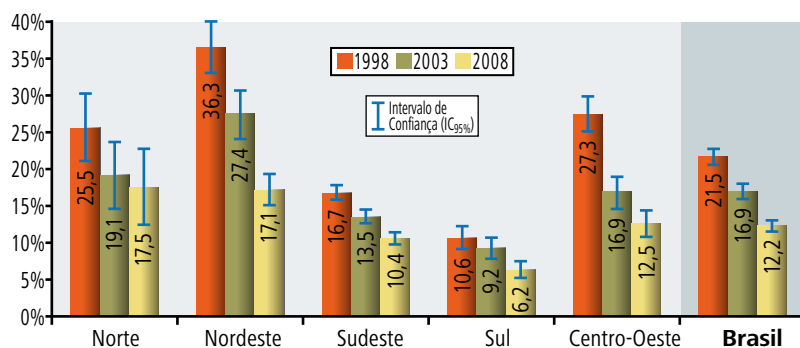


FIGURA 5 Percentual de pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses, segundo grandes regiões

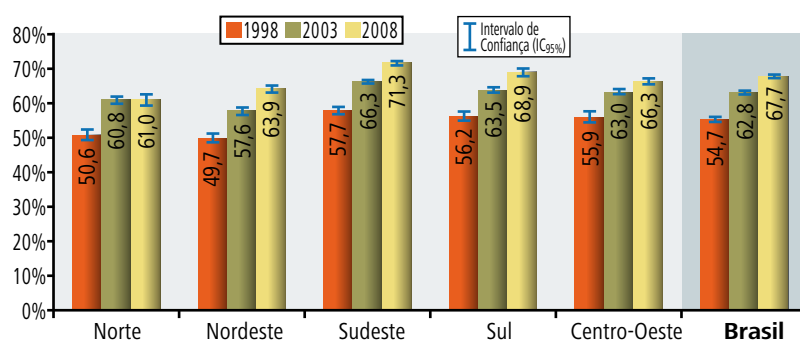


FIGURA 6 Razão entre os percentuais de pessoas que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses, no quintil 5 e no quintil 1 de renda per capita, segundo idade

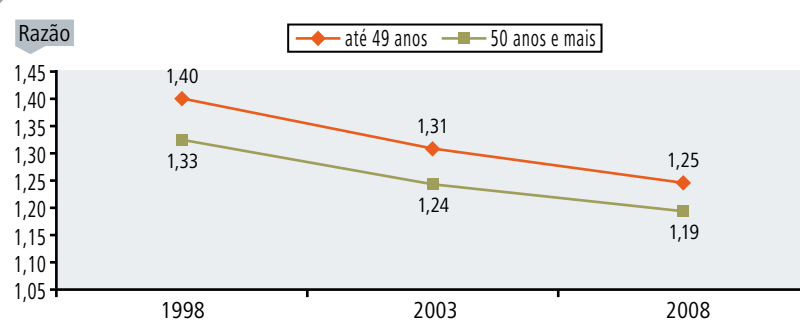
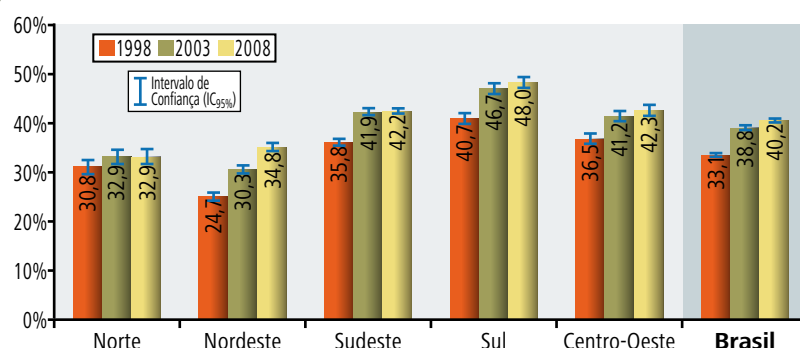


FIGURA 7 Percentual de pessoas que foram ao dentista nos últimos 12 meses, segundo grandes regiões



indicando um aumento do acesso entre os mais pobres (Figura 8).

• **Mamografia** — Nos suplementos de saúde de 2003 e 2008, foram coletadas informações sobre a realização de mamografia em mulheres com 25 anos e mais. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Inca), mulheres entre 50 e 59 anos devem realizar uma mamografia a cada dois anos. Os dados da Pnad permitem a comparação dos dois últimos suplementos de saúde para mulheres nessa faixa etária que realizaram o exame nos três últimos anos. Há um acentuado aumento na cobertura, que passou de 46%, em 2003, para 60%, em 2008. Esse aumento foi observado em todas as regiões, em áreas urbanas e rurais. As desigualdades regionais são elevadas e, apesar do aumento importante nas regiões Norte e Nordeste, o índice de cobertura ainda é bastante reduzido (em torno de 40% a 45%) e muito inferior ao da região Sudeste, onde já se chegou a 70% (Figura 9). Os dados da Pnad indicam que as desigualdades de renda na mamografia, apesar de serem ainda muito grandes (mais de duas vezes), diminuíram de maneira importante entre 2003 e 2008 (Figura 10).

• **Papanicolau** — Os suplementos de saúde de 2003 e 2008 também co-

letaram dados sobre a realização de exame preventivo de câncer de colo do útero em mulheres com 25 anos e mais. Isso possibilita gerar indicadores de acesso e cobertura do exame em mulheres de 25 a 59 anos, nos últimos três anos, como preconizado pelo Inca. A maioria das mulheres realizou o exame em 2003 e em 2008 e houve aumento na cobertura de 74% para 79%, no período. Em 2008, as coberturas situam-se entre 75% no Nordeste e 82% no Sudeste. Também nesse caso observam-se diminuições nas desigualdades de renda em mulheres nos dois grupos de idade analisados: 25 a 49 e 50 a 59 anos. A redução foi maior nas mulheres com mais de 50 anos.

• **Cobertura pelo PSF** — Em 2008, foram incluídas no questionário do suplemento de saúde da PNAD perguntas sobre o cadastramento do domicílio no Programa Saúde da Família (PSF) — atual Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pelas informações coletadas, cerca de 50% dos domicílios estão cadastrados, significando que 50,1% da população brasileira reside em área de atuação do programa, percentual muito semelhante ao estimado pelo próprio PSF, em todas as regiões (Figura 11). A cobertura é maior na região Nordeste e atinge o menor valor no Sudeste.

COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE

Plano de saúde é tema de um bloco de questões dos suplementos de saúde das três Pnads. Como indicador de acesso, considera-se aqui o percentual de pessoas cobertas por plano de saúde privado ou de servidor público (um ou mais planos). Esse percentual tem permanecido em torno de 25%, desde 1998, e varia com as regiões. No Sul, nota-se tendência de aumento na cobertura por plano de saúde, ao longo do período (Figura 12). Os dados da Pnad permitem detalhar a análise dos planos de saúde, mas isso será objeto de outra publicação.

USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora, conceitualmente, seja difícil separar o acesso do uso — e, como se viu, vários indicadores de acesso baseiam-se no uso de serviços, é importante ter as duas dimensões separadamente analisadas. Considera-se aqui, para efeito de uma apresentação mais didática dos resultados da Pnad, que os indicadores de acesso aos serviços procuram informar sobre um padrão de uso contínuo ou habitual pelos entrevistados; já a utilização de serviços nos 15 dias que antecederam a entrevista está mais relacionada ao uso em decorrência

FIGURA 8 Razão entre os percentuais de pessoas que realizaram consulta odontológica nos últimos 12 meses, no quintil 5 e no quintil 1 de renda per capita, segundo idade

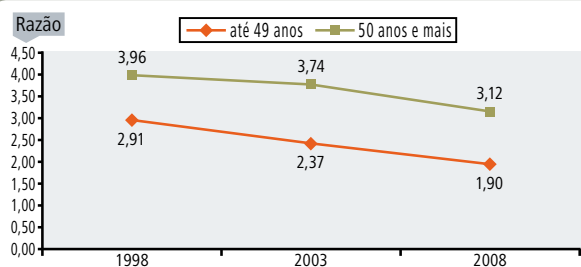


FIGURA 9 Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia nos últimos 3 anos, segundo grandes regiões

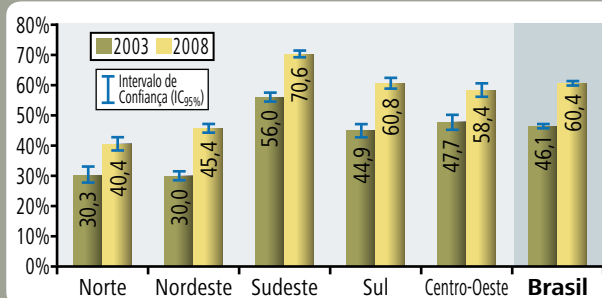


FIGURA 10 Razão entre os percentuais de mulheres que realizaram mamografia nos últimos 3 anos, no quintil 5 e no quintil 1 de renda per capita, segundo idade

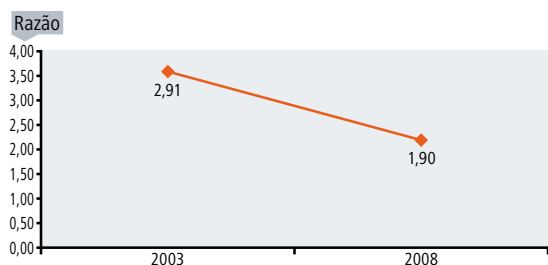


FIGURA 11 Percentual de pessoas cadastradas no Programa Saúde da Família (PSF), segundo a Pnad 2008 e segundo o PSF

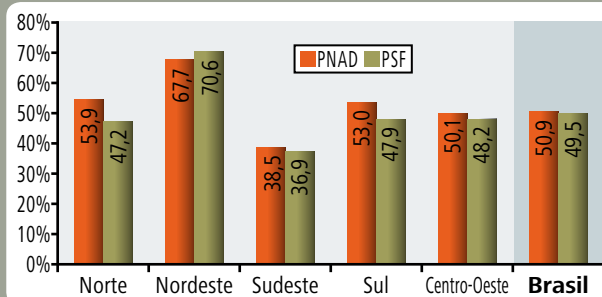
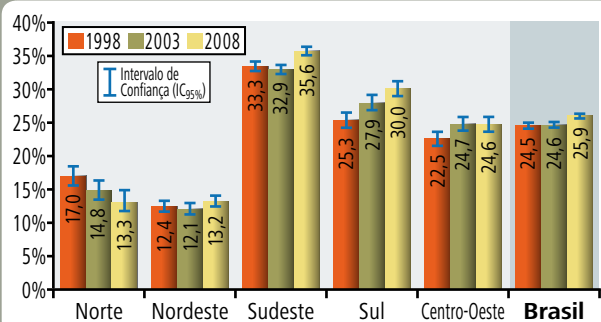
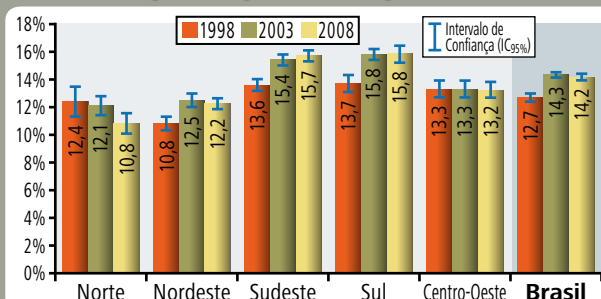
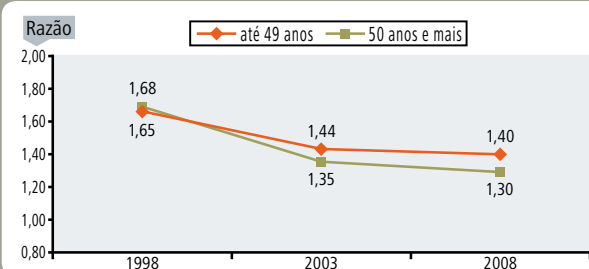
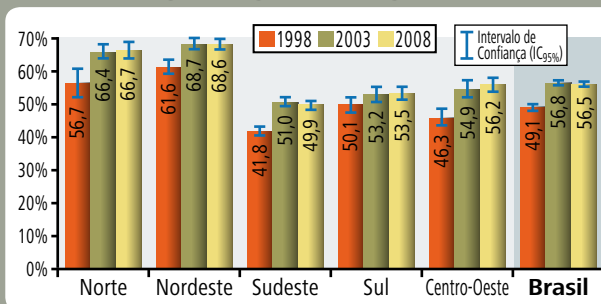


FIGURA 12 Percentual de pessoas com plano de saúde, segundo grandes regiões**FIGURA 13** Percentual de pessoas que usaram serviços de saúde nos últimos 15 dias, segundo grandes regiões**FIGURA 14** Razão entre os percentuais de pessoas que usaram serviços de saúde nos últimos 15 dias, no quintil 5 e no quintil 1 de renda per capita, segundo idade**FIGURA 15** Percentual de atendimentos realizados nos últimos 15 dias, financiados pelo SUS, segundo grandes regiões

de problemas agudos e da busca por serviços preventivos. O indicador de uso foi construído levando em conta o percentual de pessoas que procuraram serviços no período estipulado (15 dias) e foram atendidas.

Outro indicador de uso de serviços que pode ser analisado com os dados da Pnad é a referência à internação hospitalar nos 12 meses que precederam as entrevistas.

Quanto ao percentual de pessoas que usaram serviços nos 15 dias que antecederam as entrevistas, os dados indicam que esse percentual, como no caso das necessidades em saúde, é maior nos grupos de idade situados nas pontas da distribuição, isto é, entre os mais novos e os mais velhos, e cresce linearmente a partir dos 14 anos. Comparando-se os dados dos três anos analisados (1998, 2003 e 2008), o comportamento é muito semelhante e nota-se ligeiro aumento no primeiro quinquênio. Esse é o comportamento que ocorre nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Na região Norte, há diminuição no segundo quinquênio, mas deve-se lembrar que, em 2008, o percentual refere-se também à população rural, o que não acontecia nos anos anteriores (Figura 13).

Em relação às desigualdades de renda, a situação é estável ao longo do período, com pequena tendência à diminuição, entre 1998 e 2003. Em 2008,

o uso de serviços entre os 20% mais ricos foi de 30% a 40% maior nos dois grupos de idade aqui analisados (Figura 14).

Quanto às internações hospitalares, os dados das Pnads indicam que não houve praticamente mudanças ao longo da década analisada. Cerca de 7% da população refere internação hospitalar nos 12 meses que precederam as entrevistas. A tendência de estabilidade no percentual é a mesma em todas as regiões. O maior valor (em torno de 8,5%) foi observado no Centro-Oeste e o menor, no Nordeste (em torno de 6,5%). As desigualdades de renda são pequenas e favoráveis aos mais pobres, quando se comparam os 20% mais ricos e os 20% mais pobres, principalmente, entre os menores de 50 anos.

FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Desde 1998, foram incluídas nos suplementos de saúde da Pnad três perguntas importantes para compor o quadro do financiamento do setor saúde. Tratam das fontes pagadoras dos atendimentos realizados nos 15 dias que antecederam as entrevistas e sobre a última internação ocorrida nos 12 meses anteriores à entrevista. As perguntas permitem verificar se os atendimentos e internações foram cobertos pelos planos de saúde, se foram feitos através do SUS e se houve

algum desembolso. São perguntas independentes, cujas respostas podem ser analisadas separadamente ou de forma combinada, já que existe a possibilidade de o pagamento ter sido feito por mais de uma fonte (desembolso e cobertura pelo plano de saúde, por exemplo).

Os dados dos suplementos de saúde da Pnad indicam que houve aumento no percentual de atendimentos realizados através do SUS, passando-se de 49%, em 1998, para 56%, em 2003 e 2008. Esse comportamento é verificado em todas as regiões, como exceção da região Sul. No Nordeste, quase 70% dos atendimentos foram feitos pelo SUS (Figura 15).

O aumento da participação do SUS no financiamento dos atendimentos realizados nos 15 dias que antecederam as entrevistas também foi maior entre os 20% mais pobres, grupo no qual essa forma de pagamento é predominante. Mas, mesmo entre os 20% mais ricos, observa-se que houve aumento da participação do SUS no pagamento dos serviços, de 15%, em 1998, para 20%, em 2008. Os dados da Pnad mostram que nesse segmento populacional, a participação do desembolso no momento da utilização aumentou em cerca de 4% no último quinquênio. A participação dos planos de saúde no quintil 5 (mais ricos) apresentou tendência à estabilidade, com pequeno aumento



no primeiro quinquênio e diminuição no segundo (Figura 16).

Quanto ao pagamento das internações hospitalares, a tendência é de pequeno crescimento da participação do SUS também no primeiro quinquênio, em todas as regiões. É importante observar que, no Nordeste, a participação do SUS chega a 80% e para o conjunto da população essa é a forma de pagamento de quase 70% das internações hospitalares (Figura 17).

Entre os 20% mais pobres, o SUS é a fonte preponderante de pagamento das internações, tendo passado de 86%, em 1998, para 93%, em 2008. No último quintil de renda, os planos de saúde foram a modalidade de pagamento predominante, mas os dados indicam que o percentual de internações pagas por essa fonte vem caindo, ao mesmo tempo em que aumenta a participação do SUS. Cerca de 20% das internações entre os

mais ricos envolveram desembolso de algum valor (Figura 18).

Ainda com relação ao pagamento dos serviços de saúde, a Pnad fornece dados em 2008 relativos a procedimentos específicos, como mamografia,

O acesso a serviços vem aumentando de forma importante, mas permanecem desigualdades grandes

exame preventivo para detecção de câncer do colo do útero (Papanicolau) e consulta odontológica. Como já mencionado as informações sobre o pagamento dos serviços são obtidas a partir de três perguntas independentes e existe a possibilidade de interação

entre as respostas. Por esse motivo os percentuais apresentados nos gráficos podem ultrapassar 100%.

Para o Brasil, os dados indicam que 43% das mamografias realizadas foram feitas pelo SUS, enquanto 46% foram pagas pelos planos de saúde, e, em 18% dos casos, houve desembolso da própria pessoa. A maior participação do SUS foi observada nas regiões mais carentes, Nordeste e Norte (48,6% e 46,5%, respectivamente), e a menor, no Centro-Oeste (34%). Nas regiões Norte e Nordeste, a participação dos planos de saúde foi menor (35%), enquanto no Sudeste essa foi a fonte de pagamento em quase 50% das mamografias realizadas. O pagamento do próprio bolso foi mais comum no Centro-Oeste (34%) e no Sul (25,5%) (Figura 19).

A maior fonte de pagamento do Papanicolau em todas as regiões foi o SUS. Para o Brasil como um todo, 53% dos exames foram feitos pelo SUS. No Norte e Nordeste, essa forma de pagamento envolveu cerca de 63% dos casos. Cerca de 36% dos exames foram feitos através dos planos de saúde e esse percentual chegou a 45% no Sudeste. Como no caso da mamografia, o desembolso foi referido em 17% dos casos e foi mais importante no Centro-Oeste e no Sul.

Nos atendimentos odontológicos, a situação é muito diferente das apresentadas nos casos anteriores. No Norte e no Nordeste, a participação do SUS esteve em torno de 50%, enquanto no Sudeste apenas 24% dos atendimentos foram feitos pelo SUS. A participação dos planos de saúde foi verificada em 15% dos atendimentos, variando de 12% no Norte a 16% no Sudeste. Em 50% do total dos atendimentos odontológicos, foi necessário desembolsar algum valor, sendo que esse percentual chega a quase 69% no Centro-Oeste. Nas regiões Norte e Nordeste, 37% e 34% dos atendimentos, respectivamente, envolveram pagamento (Figura 20).

Outro aspecto que pode ser analisado com os dados da Pnad diz respeito à assistência farmacêutica para as pessoas que tiveram consultas pelo SUS, nos 15 dias que antecederam a entrevista (Figura 21).

Em 72% dos 11,5 milhões de atendimentos feitos através do SUS, houve prescrição de medicamentos. Apenas 45% das pessoas receberam todos os medicamentos prescritos e 78% dos demais tiveram que comprar todos os medicamentos. Ainda que não seja possível aprofundar a análise nesse aspecto, com os dados da Pnad, os resultados sugerem que é preciso avançar na assistência farmacêutica para que o uso de serviços seja eficiente.

FIGURA 16 Fontes pagadoras dos atendimentos realizados nos últimos 15 dias, segundo quintil de renda familiar per capita

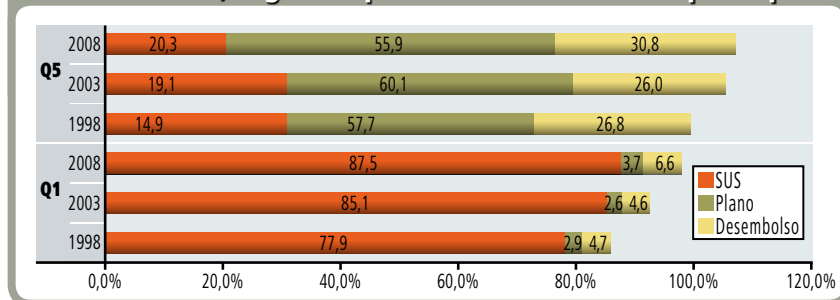


FIGURA 17 Percentual de internações hospitalares financiadas pelo SUS, nos últimos 12 meses, segundo grandes regiões

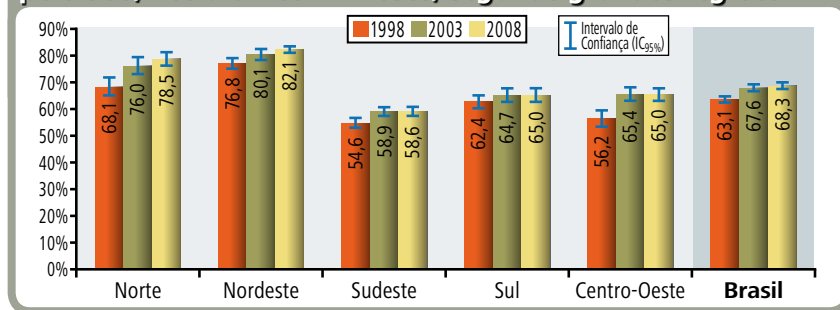
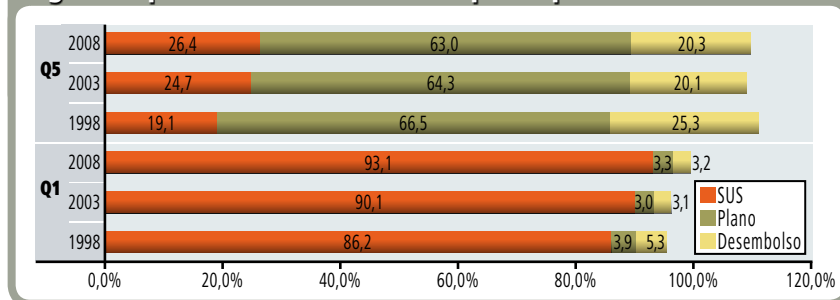


FIGURA 18 Fontes pagadoras das internações hospitalares, segundo quintil de renda familiar per capita



CONCLUSÃO

Dados de inquéritos populacionais, como a Pnad, constituem uma fonte importante de informação para o monitoramento do desempenho das políticas de saúde, já que permitem obter um panorama do acesso e do uso de serviços de saúde por toda a população, e também por segmentos populacionais que podem ser caracterizados seja pela sua inserção no mercado de trabalho, pela escolaridade ou pela renda. Optou-se aqui pela análise das desigualdades geográficas e de renda partindo da premissa de que o padrão de acesso e uso de serviços entre grupos populacionais mais bem posicionados na escala social pudesse ser a referência para os demais.

Um ponto que merece atenção é que as desigualdades na situação de saúde são muito mais estáveis e, portanto, menos suscetíveis a mudanças

na política de saúde no curto prazo, do que as desigualdades no acesso e no uso dos serviços de saúde. Essa distinção, já apontada na literatura científica, nem sempre é levada em conta quando se fala em desigualdades na saúde. Dados sobre a avaliação do estado de saúde e sobre a prevalência de doenças crônicas referidas apresentaram pequenas oscilações ao longo dos dez anos analisados. As grandes variações observadas com os dados da Pnad referem-se ao acesso e uso dos serviços de saúde e são decorrentes provavelmente das mudanças no contexto socioeconômico e, em particular, na política de atenção à saúde.

Ao longo dos dez anos analisados, o acesso a serviços vem aumentando de forma importante, seja para os serviços mais simples, como a consulta médica, ou procedimentos mais complexos, como a mamografia. E, mais importante, o maior acesso pode ser observado

para a população residente nas regiões mais carentes e, em todas as regiões, pelos mais pobres. Entretanto, ainda permanecem desigualdades geográficas e sociais muito grandes em alguns dos aspectos observados, como acesso aos serviços odontológicos e à já mencionada mamografia, que devem ser vistos como marcadores de outros procedimentos cuja diversidade não pode ser examinada em inquéritos desse tipo.

Quanto ao financiamento dos serviços chama atenção a pequena mudança observada na proporção da população com plano de saúde. Entre 1998 e 2008, ainda que em números absolutos essa população tenha passado de 39 milhões para 49 milhões, em termos relativos, o aumento foi de 1,5%. Nesses 10 anos, aumentou a participação do SUS nos atendimentos e nas internações hospitalares. E, novamente, foi entre as pessoas situadas no primeiro quintil de renda per capita que esse aumento foi maior. Por outro lado, a participação do SUS ainda está muito aquém do que se esperaria na questão dos atendimentos odontológicos, mas um resultado importante é que essa participação é maior nas regiões Nordeste e Norte, possivelmente, devido à inclusão da assistência odontológica nas equipes do PSF.

As diferenças no perfil do pagamento dos serviços pelos 20% mais ricos e 20% mais pobres indicam que, na prática, existem dois sistemas completamente distintos. Enquanto os planos de saúde financiaram a maior parte dos atendimentos dos mais ricos, cresceu a importância do SUS no pagamento dos serviços dos mais pobres. Mas, também entre os mais ricos, nota-se um aumento da participação do SUS e do desembolso no momento da utilização dos serviços.

Dados sobre a assistência farmacêutica mostram que apesar do aumento no acesso aos serviços de saúde, ainda é preciso pensar mecanismos para avaliar a qualidade dos atendimentos e a efetividade dos serviços. O indicativo de que em apenas 45% dos atendimentos com prescrição de medicamentos, feitos através do SUS, os pacientes receberam todos os medicamentos revela uma possível baixa eficiência dos atendimentos.

O suplemento de saúde da Pnad tem limitações para avançar na avaliação da qualidade da atenção. Para 2013, espera-se contar com a realização de uma Pesquisa Nacional de Saúde que, sem interromper a série histórica iniciada em 1998, forneça informações mais detalhadas sobre o desempenho do sistema de saúde, levando em conta a adequação, a continuidade do cuidado e o respeito aos direitos dos usuários dos serviços.

FIGURA 19 Fontes pagadoras da última mamografia, segundo grandes regiões, em 2008

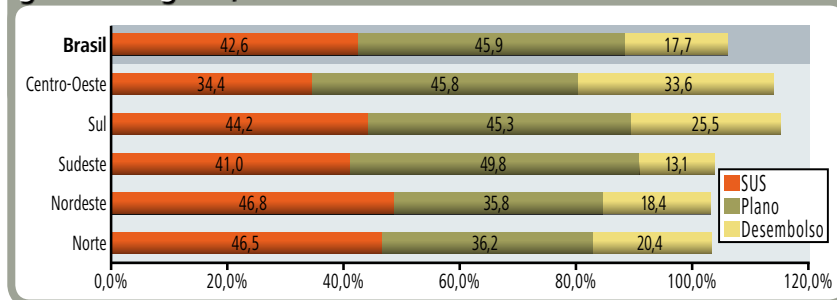


FIGURA 20 Fontes pagadoras da última consulta odontológica, segundo regiões, em 2008

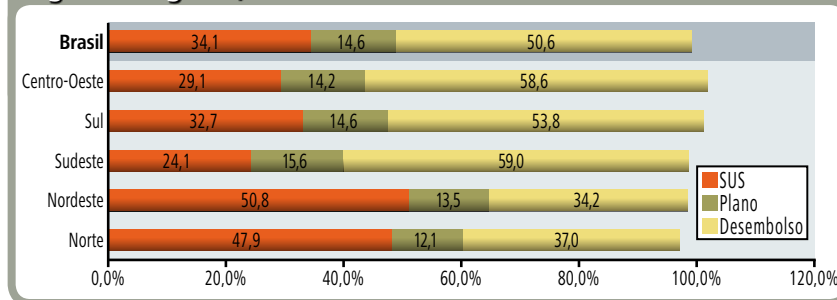
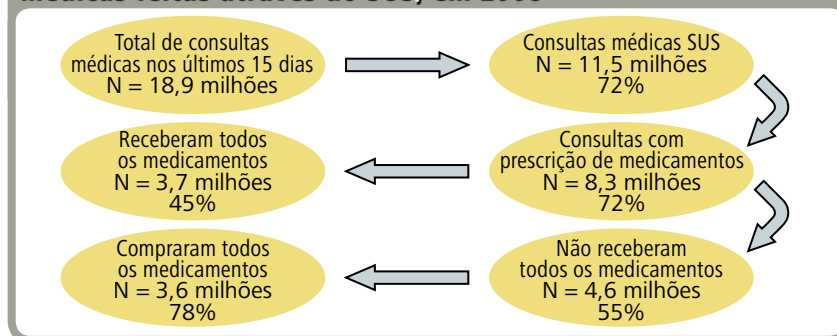


FIGURA 21 Assistência farmacêutica prestada nas consultas médicas feitas através do SUS, em 2008





Olhares sobre a judicialização

Pesquisadores, juízes, gestores e usuários debatem o tema e buscam maior articulação entre Judiciário e SUS

Aedê Cadaxa *

Pontos de vista diferentes, objetivos comuns: compreender o fenômeno da judicialização da saúde e buscar soluções para melhorar a relação entre o Poder Judiciário e o SUS, de modo a fazer frente à demanda de acesso a procedimentos médicos e medicamentos e, ao mesmo tempo, fortalecer a gestão pública. Pesquisadores, juízes, gestores e pacientes conduziram por esse caminho as discussões do 3º Encontro Nacional de Direito Sanitário (ENDS), promovido pela Fiocruz/Brasília, por meio de seu Programa de Direito Sanitário (Prodisa), em parceria com a UnB e o Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da USP (Cepedisa), no dia 6 de maio.

No auditório da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB), duas mesas expressaram os olhares distintos sobre a questão, uma apresentando o que pensam os pacientes que necessitam de medicamentos, outra trazendo a avaliação dos gestores de Saúde sobre o encaminhamento mais apropriado dessas demandas. Para estes, as necessidades do SUS e um olhar macro sobre as questões da Saúde devem permear as decisões. O secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Jurandir Frutuoso, considerou necessário que se avalie o impacto das ações judiciais no âmbito administrativo e financeiro dos estados e que a Justiça procure ouvir os gestores antes de determinar o fornecimento de medicamentos. "Os médicos têm que ter atitudes gerenciais. É obrigação desses profissionais racionalizarem a prescrição, pois quem assina o cheque é o médico, mas quem paga a conta é o gestor", disse. O representante do

Conass não é contra os pacientes recorrerem à Justiça. No entanto, quando o tratamento a ser prescrito não estiver contemplado na política de saúde, acha necessário haver uma avaliação. "A Justiça tem que evitar o provimento de pedidos de medicamentos não registrados na Anvisa e de tratamentos experimentais não inclusos nos protocolos terapêuticos", completou.

Como Frutuoso, o assessor técnico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Nilo Bretas Junior, na mesma mesa, concordou que a celebração de convênios entre o Judiciário e as secretarias de

reféns dos laboratórios, o que não é verdade, pois usamos a Justiça como último recurso, depois de uma longa e sofrida peregrinação por médicos e serviços de saúde para ter um diagnóstico e conseguir um tratamento", salientou Márcia Viana Costa, presidente da Associação Mineira de Pais e Amigos de Gaucher (Ampag), entidade relacionada à doença genética progressiva que provoca acúmulo de células mortas no fígado, baço e pulmão. Na mesma mesa, o advogado Ricardo Campello, que representa os pacientes portadores de hipertensão arterial pulmonar, apontou o que considera "uma incongruência" na política de assistência farmacêutica. "O governo reclama do alto gasto com a compra e fornecimento de medicamentos. Mas quem permite que medicamentos sejam comercializados pelo preço de R\$ 15 mil a R\$ 20 mil a ampola também é o próprio governo", citou, fazendo referência à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Cmed) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

De acordo com os participantes, cada frasco do medicamento para tratar a doença de Gaucher, por exemplo, custa R\$ 740,00. Um paciente adulto consome, em média, 35 frascos, o que resulta num custo médio mensal de R\$ 25 mil. Já o tratamento da hipertensão pulmonar, que é uma doença fatal se não for tratada, custa em média R\$ 15 mil por mês.

A dificuldade de fornecer o que não está incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), do Ministério da Saúde, foi outro problema apontado pela mesa, que contou, ainda, com Shara Sampaio, procuradora da Associação Brasileira de Assistência a Mucoviscidose (Abram), voltada aos pacientes com doença hereditária também conhecida como fibrose cística, que provoca problemas no aparelho digestivo e respiratório devido ao mau

Precisamos de um modelo que traga mais racionalidade às decisões dos juízes e não mais irracionalidade ao sistema de saúde

ÁLVARO CARLINI

Saúde é uma forma de os juízes obterem apoio técnico para auxiliar nas decisões e, com isso, reduzir o número de ações. "Na cidade de São Paulo, temos um bom exemplo de parceria entre o Judiciário e o Executivo, que reduziu o número de ações de 4.123, em 2006, para 1.549, em 2009", informou.

Entre os representantes de pacientes com doenças que exigem medicamentos específicos, o olhar se voltou às necessidades mais imediatas. "Infelizmente, nós, das associações de doenças, sempre fomos colocados como

* Especial para a Radis



Frutuoso: médicos têm que ter atitudes gerenciais



Marcia: associações não são reféns dos laboratórios



Duarte: parceria com Saúde ajudou a identificar distorções



Vera: burocracia relativiza urgência das solicitações

FOTOS: GILMAR FELIX

funcionamento glandular. “Há solicitações de inclusão de medicamentos na Rename que aguardam há mais de quatro anos parecer do Ministério da Saúde”, desabafou a procuradora, cujo filho tem fibrose cística.

Roberto Passos Nogueira, presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), considera salutar que a saúde seja reivindicada na Justiça, mas faz uma observação. “Muitos dizem que a judicialização da saúde tem se tornado mais uma reivindicação de direito do consumidor do que de direito do cidadão”, ressaltou, observando, em seguida que, entre os pesquisadores do Cebes, ainda há divergência de pensamento em relação ao tema da judicialização.

BENEFÍCIOS DA COOPERAÇÃO

Uma das mesas mais esperadas do evento reuniu representantes da área jurídica. O procurador do Estado de São Paulo Luiz Duarte apresentou os resultados do trabalho de cooperação entre a Procuradoria Geral do Estado e a Secretaria de Saúde. A parceria começou em 2005, com a criação de um sistema informatizado de controle judicial, que permitiu identificar dados dos processos de solicitação de medicamentos pela Justiça. “Com isso, pudemos identificar distorções e até fraudes. Foram 20 processos de apuração de irregularidades, como o que deu início à operação Garra Rufa”, explicou o procurador, referindo-se à operação batizada com nome de um peixe usado para fins medicinais, deflagrada em 2008, descobrindo uma quadrilha na cidade de Marília (SP), formada por médicos, advogados, laboratórios farmacêuticos e ONGs que convenciam doentes crônicos a entrar na Justiça para reivindicar medicamentos, a maioria para o tratamento de psoríase.

O golpe custou cerca de R\$ 63 milhões aos cofres do governo de São Paulo.

Segundo Duarte, a Procuradoria também trabalha com os juizes das varas da Fazenda Pública da capital, que passaram a exigir que os pacientes procurassem a Secretaria de Saúde antes de entrar na Justiça. A iniciativa, salientou o procurador, reduziu as entradas na Justiça da capital e da grande São Paulo de 400 ações, por mês, para 100.

Na avaliação do juiz de Direito do Tribunal de Justiça do DF, Álvaro Carlini, a visão de que o Judiciário é a salvaguarda dos direitos fundamentais acaba por causar uma judicialização das políticas públicas. Ele questionou a efetividade de um juiz decidir questões de saúde, estando fora das políticas públicas, e defendeu uma aproximação do Judiciário com os demais atores envolvidos no processo, por meio de audiências públicas, principalmente na primeira instância. “Precisamos de um modelo jurisdicional que traga mais racionalidade às decisões dos juizes e não mais irracionalidade ao sistema de saúde, como temos visto atualmente”, observou.


Já na opinião do juiz do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Roger Raupp Rios, a judicialização pode favorecer o aperfeiçoamento da política pública. “Uma ação na Justiça pode ser um desencadeador positivo para que o Executivo altere a política de saúde, evitando novas ações”, avaliou.

À frente de um grupo que realiza estudos sobre o tema no que diz respeito ao acesso a medicamentos, a pesquisadora Vera Pepe, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), considerou que a burocracia acaba por relativizar a urgência das solicitações de fornecimento de medicamentos. “O tempo médio de julgamento de liminares é de sete dias. No entanto, devido

aos tramites do próprio Judiciário, a determinação para o fornecimento do medicamento leva quase 30 dias para chegar à secretaria de Saúde”.

AÇÕES INDIVIDUAIS

Os resultados apresentados pelo consultor legislativo do Senado Federal, Luiz Carlos Romero, a partir de pesquisa realizada para subsidiar as discussões de dois projetos de lei sobre judicialização, demonstraram que no Distrito Federal (DF) houve aumento significativo no número de ações para solicitação de medicamentos. Em 2003, foram 281 ações e, em 2006, 682.

Na mesma mesa, a coordenadora do Prodisa Maria Célia Delduque apresentou pela primeira vez os dados de uma pesquisa nacional que analisou 1.029 peças processuais de 343 processos, todos de 1ª instância da Justiça Federal. A pesquisa identificou que a grande maioria das ações é individual e que, nas regiões onde há defensorias públicas bem estruturadas, esse tipo de ação predomina. Assim acontece no DF e no Rio de Janeiro, onde 51% e 86% dos casos, respectivamente, foram iniciados por meio da Defensoria Pública. A pesquisa trabalhou com amostras nacionais, dividindo o país em cinco regiões. Maria Célia revelou, ainda, que 58,3% das prescrições que constam dos processos são do próprio SUS ou da rede conveniada. “Isso nos surpreendeu e pretendemos refinar mais esse dado para tentar compreender por quê”, observou. 

Leia no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/245.html), matéria sobre palestra do sociólogo Boaventura de Souza Santos, na abertura do V Seminário Internacional Direito e Saúde e IX Seminário Nacional Direito e Saúde, promovidos pelo Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (Dhis) da Ensp/Fiocruz, em 27 e 28/7 (após o fechamento desta edição).

SERVIÇO

EVENTOS

12º CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE

Realizado a cada dois anos, o Congresso Brasileiro de Informática em Saúde discutirá o cenário atual das tecnologias da informação e das comunicações em saúde no Brasil e no mundo. Serão abordados os avanços dessas tecnologias e a forma como são utilizadas para o desenvolvimento do sistema de saúde do país. As inscrições devem ser feitas pelo site até o dia do evento.

Data 18 a 22 de outubro de 2010

Local Summerville Beach Resort, Porto de Galinhas, Pernambuco

Mais informações

www.itarget.com.br/newclients/cbis2010.com.br/2009

18º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

Promovido há 39 anos pela Associação Brasileira de Psiquiatria, o Congresso Brasileiro de Psiquiatria chega à sua 18ª edição, reunindo profissionais brasileiros e de outros países, para tratar da atualização científica e da prática profissional, em mesas de debate e conferências. Entre os temas a serem debatidos, estão *A prevenção do suicídio: da saúde pública à clínica* e *HIV – transtornos de humor associados*. As inscrições, feitas online, estão abertas até o dia do evento.

Data 27 a 30 de outubro de 2010

Local Centro de Convenções do Ceará, Fortaleza, Ceará

Mais informações

www.cbpbap.org.br

16º CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

Em sua 16ª edição, o evento buscará fazer frente a um cenário de doenças emergentes, mutações de agentes infecciosos, modificações no perfil epidemiológico, novas descobertas no campo das vacinas e respostas do organismo frente às infecções, que frequentemente surpreendem a pediatria. Durante quatro dias, estarão em debate temas como

Influenza H1N1 e Sazonal, Vacinas incorporadas aos calendários do século XXI, Novas opções diagnósticas em infecções bacterianas e Infecção pelo HIV e aids em pediatria. As inscrições estão abertas e podem ser feitas até a data do evento.

Local Centro de Convenções de Florianópolis, Florianópolis, Santa Catarina
Data 3 a 6 de novembro de 2010

Mais informações

www.infectoped2010.com.br

INTERNET

OLHAR SOBRE A FAVELA

O que é a favela afinal? (Observatório das Favelas), organizado por Jailson de Souza e Silva, Jorge Luiz Barbosa, Mariane de Oliveira Biteti e Fernando Lannes Fernandes, é publicação que teve origem em seminário homônimo, realizado em agosto de 2009, levando adiante o objetivo de pensar o tema favela por meio de experiências e novos olhares. O livro, que reúne 10 artigos de pesquisadores do tema, está disponível, em PDF, para ser baixado em: www.observatoriodefavelas.org.br/observatoriodefavelas/includes/publicacoes/6157bf4173402e8d6f353d9bcae2db9c.pdf.



PUBLICAÇÕES

SAÚDE E FORMAÇÃO PARA O TRABALHO

Trabalho, Educação e Saúde (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz), volume 8, número 1 (2010), editado por Isabel Brasil Pereira, Angélica

Ferreira Fonseca e Carla Macedo, traz textos centrados na relação entre formação e trabalho e produção. A coletânea conta com um ensaio (*A teoria da práxis: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde*, que aborda os “mecanismos atuais pelos quais se opera a convivência entre o



capitalismo e a saúde, convidando a recuperar o conceito de *práxis* para pensar e atuar na saúde coletiva”); seis artigos, sobre temas como a institucionalidade da política de atenção básica e as relações entre formação e trabalho; um relato (*Educação popular em saúde a partir de um jogo: reflexões sobre participação na gestão e cuidado em uma unidade de Saúde da Família*); e duas resenhas, a primeira sobre o livro *O marxismo do novo século*, de Cesar Altamira, e a segunda, sobre a publicação *O que é o SUS?*, de Jairnilson Paim.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Epidemia e Serviços da Saúde – Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (Secretaria de Vigilância em Saúde), volume 19, número 1 (2010), tem seu conteúdo baseado nos dados gerados nos serviços de saúde. *Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais*; *Epidemia de leishmaniose visceral no município de Campo Grande-MS, 2002 a 2006*; *Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local*; e *Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura* são alguns dos estudos publicados nessa edição da revista, cuja versão eletrônica está disponível na internet, no link www.saude.gov.br/bvs.

ENDEREÇOS

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Tel. (21) 3865-9850

Fax (21) 2560-8279

Email revtes@fiocruz.br

Site www.revista.epsjv.fiocruz.br

Secretaria de Vigilância em Saúde

Tel. (61) 3213-8387/ 8393

Fax (61) 3213-8404

Email revista.svs@saude.gov.br

Site www.saude.gov.br/bvs



Carta de gramado



Os secretários municipais de Saúde, reunidos no 26º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e 7º Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não-Violência, no período de 25 a 28 de maio de 2010, na cidade de Gramado, estado do Rio Grande do Sul, reiteraram seu compromisso com a saúde de todos os brasileiros e com a consolidação e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Propõem, então, a construção de uma agenda política para dialogar com a sociedade, que explicita a defesa da saúde pública, universal, integral e equânime, com as seguintes deliberações que nortearão a atuação do Conasems, Cosems e das secretarias municipais de Saúde do Brasil:

1 – Lutar pela aprovação imediata da regulamentação da Emenda Constitucional 29, mobilizando a população e os parlamentares para a votação no Congresso Nacional;

2 – Defender uma reforma tributária que busque a justiça fiscal, com tributos progressivos, posicionando-se contra a aprovação do projeto em tramitação no Congresso Nacional;

3 – Lutar pela correção anual dos recursos financeiros referentes aos pisos, tetos e incentivos pactuados em âmbito nacional;

4 – Fortalecer o Pacto pela Saúde como principal estratégia de consolidação do SUS, bem como transformar os termos de compromissos de gestão das três esferas de governo em processos vivos de gestão, com financiamento tripartite e solidário na execução das políticas de saúde, incluindo alocação de recursos nas prioridades pactuadas para o alcance das metas sanitárias;

5 – Pactuar diretrizes que viabilizem a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização da saúde, fortalecendo e dando poder aos colegiados de gestão regional;

6 – Investir no modelo de atenção à saúde, com destaque à promoção da vida e ao cuidado integral, tendo a atenção básica como eixo estruturante do sistema de saúde;

7 – Reafirmar o caráter da atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde e coordenadora da gestão do cuidado, incluindo ações de vigilância e promoção da saúde;

8 – Reafirmar a direção única em cada esfera de governo como um princípio inegociável no SUS;

9 – Flexibilizar a organização programática da Estratégia de Saúde da Família com base nas realidades loco – regionais, garantindo os aspectos vinculados à qualidade e à resolubilidade do cuidado em saúde;

10 – Implementar a política nacional de promoção da saúde e equidade, fortalecendo as ações intersetoriais, que atuem nos determinantes sociais da saúde, promovendo a melhoria da qualidade de vida;

11 – Exigir apoio técnico e financeiro das secretarias estaduais de saúde nas ações e serviços de saúde dos municípios, com ênfase nas ações da atenção básica e do Pacto pela Saúde;

12 – Implementar as ações de urgência e emergência articuladas com a rede de atenção à saúde, garantindo a ampliação do acesso e qualidade da assistência, com financiamento tripartite;

13 – Fortalecer a política nacional de atenção à saúde mental, por meio do fortalecimento da rede substitutiva de saúde mental, articuladas à rede de atenção à saúde com a qualificação da atenção básica para o atendimento do sofrimento mental, e buscando alternativas para os municípios de pequeno porte, com o financiamento tripartite;

14 – Construir alternativas para que os municípios de pequeno porte sejam contemplados nas políticas e nas estratégias indutoras do Ministério da Saúde;

15 – Fortalecer os Cosems, visando à qualificação da sua atuação política nos espaços de pactuação, e estabelecer linhas de financiamento que possibilitem o adequado desempenho de suas atribuições;

16 – Ampliar a assistência farmacêutica especializada por meio de protocolos clínicos e de gestão que contribuam com a melhoria da assistência e, sobretudo, com a redução da judicialização da saúde;

17 – Articular os instrumentos de gestão do SUS, incorporando o planejamento e avaliação como ferramentas de fortalecimento da gestão do sistema, incluindo também ações intersetoriais voltadas para a política de saneamento básico;

18 – Lutar pela garantia de financiamento tripartite para implementação de uma política de contratação de profissionais de saúde com vínculos de trabalho que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários e com a instituição de planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) que valorize o trabalho

e o trabalhador de saúde, respeitando a autonomia da gestão municipal;

19 – Construir uma agenda republicana para a flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal para a área de saúde;

20 – Ampliar e fortalecer o Pró-Saúde e as residências médicas e multiprofissionais como estratégias de mudança na formação dos profissionais de saúde, especialmente em relação à formação médica, que atenda às necessidades de saúde da população e, sobretudo, que contribua com a contratação e fixação desses profissionais;

21 – Lutar para que os profissionais de saúde formados nas universidades públicas desenvolvam serviço civil na rede do SUS em conjunto com outras estratégias que contribuam com a fixação do profissional de saúde nas áreas de necessidade;

22 – Buscar uma maior aproximação entre a gestão e a participação da comunidade no SUS, ampliando a transparência e legitimidade das ações de saúde;

23 – Tratar do tema da violência como problema de saúde pública na agenda das secretarias municipais de Saúde, por meio de estratégias intersetoriais delineadas conforme os princípios da cultura da paz;

24 – Pactuar uma política de financiamento equitativo que assegure o desenvolvimento de ações e serviços de saúde com base nas especificidades regionais (Amazônia Legal e Nordeste), contribuindo com a redução das iniquidades entre as regiões do país;

25 – Fortalecer o conceito da Seguridade Social assegurado na Constituição Federal, exigindo que o Estado Brasileiro se responsabilize pelas condições do exercício pleno de cidadania;

26 – Lutar pelo término definitivo da responsabilidade criminal do gestor municipal de saúde, como pessoa física, em função de impropriedades na gestão, mas garantindo a responsabilização dos que cometerem ações que caracterizam improbidade administrativa;

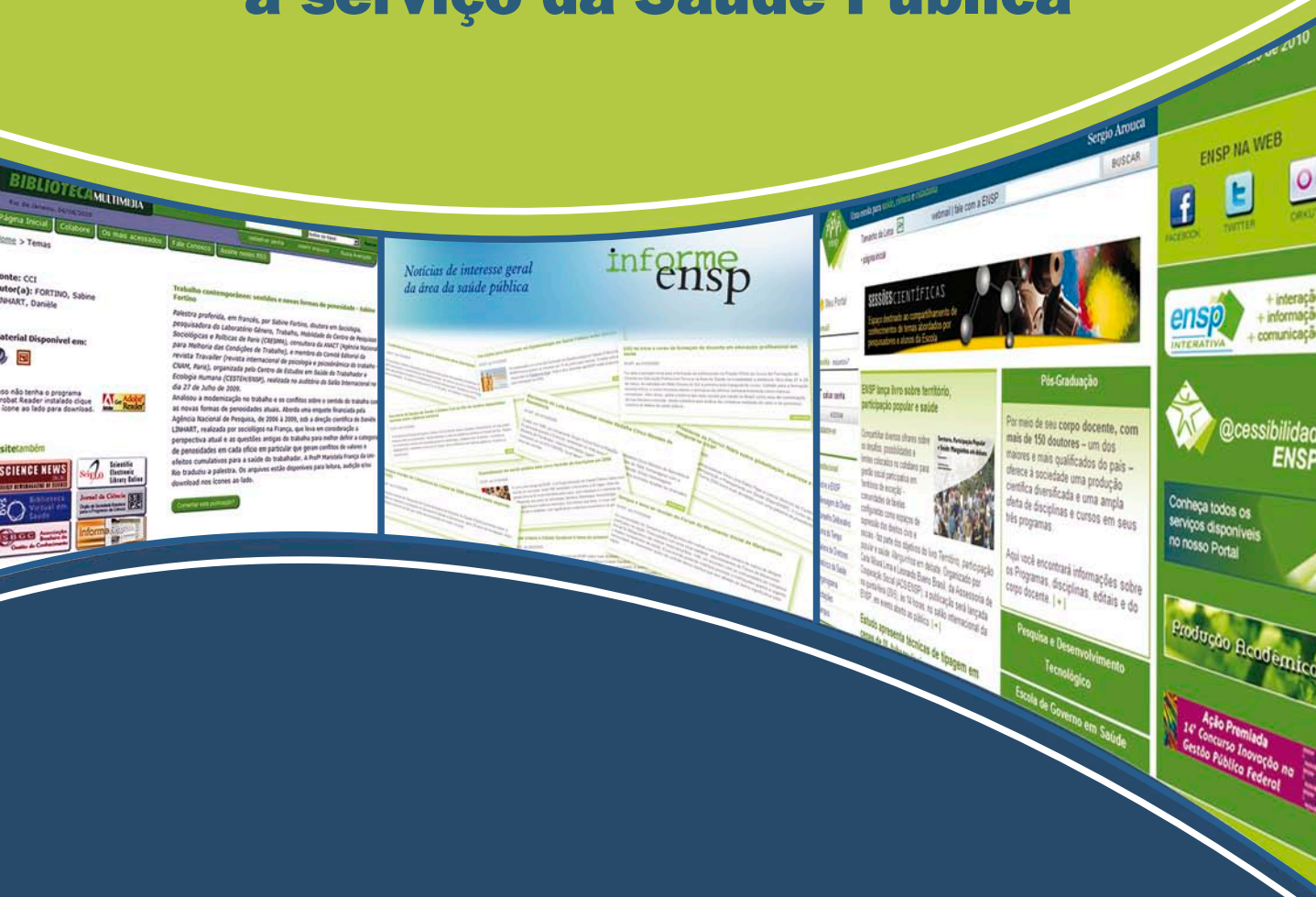
27 – Definir estratégias para que o SUS seja fortalecido enquanto Sistema Nacional de Saúde, com financiamento sustentável e interface entre o sistema público e privado, para a garantia da integralidade do cuidado em saúde da população brasileira.

E viva o SUS!
Gramado, 28 de maio de 2010.



Portal ENSP

Comunicação, Tecnologia e Inovação a serviço da Saúde Pública



www.ensp.fiocruz.br